FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

# THÈSE

No 391

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le lundi 16 juillet 1906, à 1 heure*


Par A.-J. VINCENEUX

Externe des hôpitaux

Né à Beaune (Côte-d'Or), le 12 novembre 1880.


---

## DES INDICATIONS ET DES RÉSULTATS OPÉRATOIRES

DANS

# LE CANCER DE L'ESTOMAC

---

*Président* : M. TERRIER, *professeur*.

*Juges* : MM. RECLUS, *professeur*.

LEGUEU, MAUCLAIRE, } *agrégés*.

---


PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N°

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le lundi 16 juillet 1906, à 1 heure.*

Par A.-J. VINCENEUX

Externe des hôpitaux

Né à Beaune (Côte-d'Or), le 12 novembre 1880.

---

## DES INDICATIONS ET DES RÉSULTATS OPÉRATOIRES

DANS

# LE CANCER DE L'ESTOMAC

---

*Président* : M. TERRIER, *professeur*.

*Juges* : MM. RECLUS, *professeur*.

LEGUEU, MAUCLAIRE, } *agrégés*.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen**........................................ M. DEBOVE.

**Professeurs**.................................... MM.

| | |
|---|---|
| Anatomie | POIRIER. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | R. BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | HUTINEL.<br>BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | MATHIAS DUVAL. |
| Opérations et appareils | SEGOND. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT. |
| Hygiène | CHANTEMESSE. |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | LANDOUZY.<br>HAYEM.<br>DIEULAFOY.<br>DEBOVE. |
| Clinique des maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU.<br>RECLUS.<br>TERRIER.<br>BERGER. |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | PINARD.<br>BUDIN. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | ROBIN |

## Agrégés en exercice.

MM.
AUVRAY
BALTHAZARD.
BRANCA.
BRINDEAU.
BEZANÇON.
BROCA (André).
CARNOT.
CLAUDE.
CUNEO.
DEMELIN.

MM.
DESGREZ.
DUVAL.
DUPRÉ.
FAURE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
JEANSELME.
LABBÉ.
LANGLOIS.

MM.
POTOCKI.
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MÉRY.
MORESTIN.

MM.
LAUNOIS.
PROUST.
RÉNON.
RICHAUD.
RIEFFEL. *Chef des travaux anatomiques*
TEISSIER.
THIROLOIX.
VAQUEZ.
WALLICH.

*Secrétaire de la Faculté :* M. DESTOUCHES.

---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

*MEIS ET AMICIS*

A M. Le Docteur G. LION

médecin de l'hôpital de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Professeur TERRIER

officier de la légion d'honneur
professeur de clinique chirurgicale
a la faculté de médecine de paris

# INTRODUCTION

C'est sur les conseils de notre maître des hôpitaux, G. Lion, médecin de l'hôpital de la Pitié, que nous avons entrepris de rassembler en vue de notre thèse inaugurale les différents cas de cancer de l'estomac qui, durant un laps de trois années ont été étudiés dans son service et soumis à l'intervention chirurgicale. N'ayant en vue que cette statistique, réalisée dans les conditions de la pratique hospitalière, nous aurons réuni un groupe déjà considérable de malades qui se sont présentés à des périodes variables de l'évolution de leur tumeur, et nous pourrons envisager les résultats bruts de l'intervention.

Les cas où le diagnostic a pu être fait d'une façon relativement précoce sont peu nombreux : la plupart des malades en effet ne viennent consulter à l'hôpital qu'à une période déjà avancée de leur affection.

Il en résulte que le plus grand nombre d'entre eux ne sont justiciables que de la gastro-entérostomie. Cette opération est pour ainsi dire toujours suivie de succès, et même chez des sujets arrivés à un degré prononcé de cachexie, elle amène un soulagement considérable et procure une survie assez longue.

Les cas où la gastrectomie a pu être tentée sont beaucoup plus rares. L'opération présente ici une gravité beaucoup plus grande, elle expose à un danger immédiat, mais

elle donne de temps en temps un succès complet. C'est ainsi que nous comptons une survie de plus de trois années déjà chez une malade où le diagnostic a été contrôlé par l'examen histologique : cette survie témoignera d'une façon remarquable en faveur de l'intervention radicale.

Nous avons signalé pour chaque malade les éléments que fournissent au diagnostic les différents procédés d'exploration cliniqne de l'estomac, en particulier l'analyse chimique du suc gastrique, dont nous établirons chemin faisant la valeur. La plupart de nos malades enfin ont été étudiés après l'opération, et nous insisterons sur les modifications de l'état général et des fonctions digestives.

Notre étude n'est pas une statistique chirurgicale, elle montre dans quelle proportion les malades qui se présentent au hasard de la clientèle hospitalière sont appelés à tirer bénéfice du traitement chirurgical dans ces cas de tumeur maligne où la médecine est encore impuissante. Dans un premier chapitre, nous envisagerons les différents procédés de l'examen clinique qui ont permis de poser le diagnostic et les indications opératoires, en nous attachant spécialement aux renseignements de valeur que fournit l'étude des fonctions de l'estomac par la sonde et l'analyse chimique. Le chapitre suivant sera consacré au traitement opératoire et à ses résultats. Après avoir rapporté les observations dans leur détail, nous aborderons enfin quelques conclusions générales sur le pronostic et le traitement chirurgical.

Qu'il nous soit permis au début de ce travail de jeter un coup d'œil en arrière sur nos années d'étude et de témoigner à tous nos maîtres notre vive gratitude. Nous nous

adressons en particulier à M. le Dr Deroye, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon, pour remercier les maîtres dévoués qui surent au début de nos études médicales nous intéresser à leur exemple à la fréquentation de l'hôpital. Nous exprimons également notre gratitude à nos maîtres des hôpitaux de Paris, ainsi qu'à M. le professeur agrégé Gosset dont nous avons apprécié la bienveillance à notre égard.

Notre excellent maître M. Lion,a bien voulu nous aider de ses conseils pour la rédaction de ce travail : nous tenons à lui adresser ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous sommes enfin particulièrement sensible au grand honneur que nous a fait M. le professeur Terrier en acceptant la présidence de cette thèse.

# CHAPITRE PREMIER

Les observations de cancers de l'estomac suivis d'opérations recueillies dans le service de M. Lion en 1900 (Hôtel-Dieu, annexe), et de 1903 à juin 1906 (Hôpital de la Pitié), sont au nombre de 24. Elles comprennent 21 cancers du pylore et 3 cancers du cardia, et ont donné lieu à 4 laparotomies exploratrices, une gastrostomie et une jéjunostomie, 12 gastro-entérostomies, et 6 pylorectomies ou gastrectomies partielles. Ce tableau d'ensemble nous présente en quelque sorte le résumé de la pratique hospitalière : opérations variables sur des malades qui entrent à l'hôpital à des époques diverses de l'évolution de leur maladie.

*
* *

*Age.* — D'après ces observations, on voit se confirmer les conclusions des statistiques établies sur un ensemble considérable de cas : plus de la moitié des malades opérés n'avaient pas atteint la cinquantaine et 13 sur 24 avaient de 40 à 50 ans, 2 seulement n'avaient pas atteint la quarantaine.

*Sexe.* — Il paraît difficile de tirer quelque conclusion de la fréquence que nous avons constatée plus particulièrement chez les hommes, avec 17 cas contre 7.

**Évolution de la maladie.** — D'une façon générale, les premiers symptômes apparaissent peu à peu avec les

allures d'une dyspepsie. On a pu noter assez fréquemment qu'à un moment donné de l'évolution de cette dyspepsie, les troubles subjectifs s'étaient atténués d'une façon notable grâce au traitement diététique.

Bien qu'il soit assez difficile en certains cas de préciser exactement le début apparent ou réel de la maladie, nous avons relevé le laps de temps qui s'est écoulé entre le début des troubles gastriques et la date de l'opération : cette période, dans 16 cas, est au-dessous d'un an, dans 6 cas de 2 à 4 mois. On ne peut établir un rapport entre la durée de l'évolution latente du cancer et la gravité de l'affection : rien n'est plus variable, ainsi qu'en témoigne l'ensemble des cas de tumeurs pyloriques dont la terminaison fatale est connue. La durée totale des troubles dyspeptiques et des accidents terminaux varie, sur 8 cas, de 2 mois à 27 mois, avec 5 cas sur 8 présentant une durée d'un an. L'existence de troubles dyspeptiques depuis une époque éloignée empêche enfin d'obtenir du malade des renseignements précis sur l'évolution du cancer. On n'a pas retrouvé, d'autre part, dans les antécédents des malades des détails susceptibles d'en imposer pour l'évolution antérieure d'un ulcère.

Dans l'analyse des symptômes fonctionnels présentés par les différents malades dont l'histoire est rapportée dans cette thèse, on peut relever les particularités suivantes :

1° *Douleur*. — La douleur apparaît un phénomène constant dans l'évolution du cancer, sans présenter cependant des caractères nettement tranchés. Son apparition est précoce ou tardive, son siège est localisé ou diffus, ses irradiations variables. En certains cas la période du début est

marquée par de véritables crises qui s'accompagnent d'irradiations douloureuses en différents points du thorax et parfois des membres ; le plus souvent ce sont des brûlures siégeant à l'épigastre qui constituent la phase douloureuse de la dyspepsie du début.

A un point de vue schématique on peut répartir en deux groupes les phénomènes douloureux que l'on est appelé à constater : un premier groupe que l'on peut rattacher aux troubles de la sécrétion, un second groupe que l'on peut rattacher aux troubles en quelque sorte mécaniques dus aux lésions des orifices. Dans ce second groupe se rangent les phénomènes douloureux que décrivent les malades comme des sensations souvent très pénibles de pesanteur, de torsion, de constriction plus ou moins violente, sensations auxquelles vient mettre fin le plus souvent l'apparition des vomissements. Il faut signaler dans cet ordre d'idées ces cas de cancer latent où le néoplasme évolue sans provoquer de douleurs appréciables et dans lesquels il ne se révèle que tardivement au malade lorsque se manifeste un obstacle au passage des aliments.

Dans les cas de cancer du cardia, il apparaît en général, avec des intervalles variables de rémission, une douleur spontanée, que le malade localise fréquemment au niveau du sternum à la hauteur du 4e ou 5e cartilage costal,

Il est de règle presque absolue de trouver les lésions cancéreuses elles-mêmes indolentes, ce n'est guère qu'à l'exception que se rencontrent des cas où la douleur provoquée par la palpation se puisse localiser en un point nettement déterminé. En général les tumeurs palpables ne sont pas douloureuses : plus volontiers l'estomac est le siège en sa totalité d'une sensibilité diffuse.

2° *Troubles digestifs.* — Dans la majorité des cas, le malade observe que ses digestions sont d'abord devenues difficiles et lui ont paru plus lentes ; il éprouve dès qu'il a mangé une sensation de tension et de plénitude qui l'oblige parfois à garder le repos pendant les périodes digestives. Dans ces conditions se manifestent fréquemment des renvois, des aigreurs, du pyrosis, des tendances aux nausées. Ces phénomènes s'exagèrent rapidement et conduisent aux vomissements de plus en plus fréquents dans les cas de sténose du pylore.

3° *Modifications de l'appétit.* — La caractéristique des troubles de l'appétit est leur aggravation rapide. A côté des cas où les vomissements incessants dus à l'obstruction des orifices inspirent au malade une véritable peur de s'alimenter, on note une inappétence de plus en plus prononcée qui va même jusqu'à l'anorexie absolue. On trouve signalé souvent un dégoût électif pour une certaine catégorie d'aliments, la viande en particulier.

4° *Troubles des fonctions intestinales.* — Dans la moitié des cas est notée une constipation opiniâtre dont l'apparition remontait au début de la maladie. Il s'est manifesté dans quelques cas une diarrhée profuse au début, à laquelle succédait une constipation marquée. Il faut faire une part comme cause de ces troubles intestinaux non seulement aux modifications chimiques de la sécrétion, à la diminution des aliments absorbés par le malade, mais encore à l'atonie des parois musculaires de l'intestin.

Les malades étant interrogés avec soin en vue de la recherche du melœna, on ne rencontre ce phénomène assez nettement qu'en deux cas.

Il y a grand intérêt à pratiquer systématiquement la recherche du sang dans les selles par les réactions colorantes, teinture de gaïac-térébenthine, en particulier. Cet examen permet assez fréquemment de déceler la présence de sang dans les matières fécales : on doit attribuer à cette constatation la même importance au point de vue du diagnostic qu'aux hématémèses et au melœna.

5° *Vomissements.* — Les vomissements observés dans l'évolution du cancer de l'estomac sont précoces ou relativement tardifs ; très abondants en général, il arrive qu'ils fassent entièrement défaut.

Au début, les vomissements sont espacés, ils se rattachent aux troubles dyspeptiques et se présentent avec les caractères d'un liquide muqueux, filant, parfois rendu amer par la présence de la bile ; quelquefois très abondant, comparé par le malade à de l'eau de savon, il paraît constituer ce que l'on a appelé les « eaux du cancer » (3 cas) ; il arrive enfin qu'une sténose précoce soit la cause de vomissements alimentaires dès le début, ou seulement, et c'est le cas le plus fréquent, la cause de ces vomissements très acides, agaçant les dents donnant le long de l'œsophage et de la gorge une sensation de brûlure, et qui paraissent se rattacher à la prolongation de l'évolution digestive avec hyperpepsie et hyperchlorhydrie tardives.

Les grands vomissements alimentaires, vomissements de rétention, sont la caractéristique, de la sténose du pylore. L'estomac après avoir supporté plus ou moins longtemps l'accumulation des aliments et la surcharge qui en résulte réagit en quelque sorte par des vomituritions compensatrices. Espacés au début, les vomissements

arrivent à se répéter plusieurs fois dans la journée. Ils apparaissent en général à un moment assez éloigné des repas. Souvent, dans le début, ils surprennent le malade au milieu de la nuit ; plus tard, ils peuvent suivre immédiatement l'ingestion des aliments. Ce fait de suivre immédiatement l'ingestion des aliments paraît plus spécialement réservé aux vomissements du cancer du cardia, la poche que crée la distension de l'œsophage au-dessus de l'obstacle étant d'une tolérance beaucoup moindre que l'estomac.

Ces vomissements sont de *couleur* grisâtre, noirâtre, verdâtre parfois, chocolat, et souvent ils empruntent aux aliments qu'ils contiennent une coloration particulière, (vin, légumes verts, etc.).

Au point de vue de l'odeur, on peut en certains cas reconnaître des fermentations spéciales ; il arrive ainsi que l'on observe une véritable fermentation putride. La fermentation butyrique est fréquemment observée.

Au point de vue du *contenu*, on observe la présence d'aliments qui sont facilement reconnaissables et qui en général n'ont subi qu'une légère modification dans l'estomac en dépit d'un séjour parfois prolongé. Les malades racontent fréquemment qu'ils retrouvent dans leurs vomissements des aliments qu'ils ont pris non seulement la veille, mais 3 et 4 jours auparavant. La coloration noirâtre des vomissements peut être due à une certaine quantité de sang plus ou moins digéré, et dont l'on peut constater la présence par les réactions de laboratoire (obs. 3). Enfin dans l'observation 22 sont signalés des vomissements contenant des fragments néoplasiques : cette constatation est

un signe de certitude du cancer de l'estomac ; ce n'est pas un signe fréquent, et la recherche au microscope de certains éléments cancéreux dans les liquides de provenance stomacale ne paraît pas donner souvent de résultats positifs.

6° *Troubles de la déglutition.*— Ces troubles apparaissent dans l'évolution du cancer du cardia et de l'œsophage, et d'une façon précoce en général. Simple gêne au début, puis douleur plus ou moins intense, dont le siège varie avec la hauteur du néoplasme, l'effort devient bientôt nécessaire pour le passage des aliments solides, les malades devenant obligés de ne pouvoir plus tolérer que des liquides en quantité de plus en plus réduite. La déglutition s'effectue dans ce cas par saccades et en plusieurs temps, ce que l'on peut reconnaître par l'auscultation.

7° *Modifications de l'état général.* — Ces phénomènes ont la plus grande importance au point de vue du diagnostic, et leur aggravation progressive en dépit du traitement médical institué vient rapidement fournir un appoint sérieux au soupçon de tumeur maligne. L'amaigrissement est de plus en plus marqué, la diminution des forces s'accentue également au point d'être, en certains cas, le motif unique de l'entrée du malade à l'hôpital.

Il est certain que l'état général témoigne à lui seul de la gravité du processus néoplasique : en même temps que le malade éprouve des difficultés de plus en plus grandes à s'alimenter, l'extension progressive du cancer et l'envahissement d'autres organes l'acheminent plus ou moins rapidement vers la cachexie, que vient traduire la teinte caractéristique des téguments, l'émaciation, la pauvreté

des urines. Ainsi s'établissent des conditions de moindre résistance à l'opération la plus bénigne, ainsi se présentent les cas inopérables. Il est donc du plus grand intérêt de noter la perte de poids qu'ont subie les malades : la diminution de poids paraît toujours accentuée et en certains cas a dépassé 20 kilogrammes. Il est à remarquer dès à présent que l'amaigrissement extrême du malade et la perte des forces tiennent pour une grande part à l'inanition, puisque ces phénomènes s'amendent dès que l'alimentation redevient facile. Quoi qu'il en soit, l'évolution du cancer a toujours paru se traduire par un aspect général de fatigue et d'épuisement tout spécial.

Enfin ces modifications de l'état général entraînent parfois des phénomènes d'affaiblissement nerveux et de dépression accentuée.

*
* *

Par l'examen clinique, au moment de l'entrée du malade et de son séjour à l'hôpital avant l'opération, le médecin s'efforce de poser un diagnostic le plus assuré qu'il soit possible, en s'aidant des procédés usuels d'investigation, ainsi que des procédés spéciaux à l'exploration de l'estomac.

**Inspection.** — Après avoir noté les différentes particularités de l'aspect général, la pâleur plus ou moins accentuée des téguments, le degré de l'amaigrissement, la conformation du thorax et de l'abdomen, l'examen plus spécial de la région de l'estomac apporte des renseignements importants.

D'une façon générale la région se présente sous deux aspects principaux : ou bien l'embonpoint est conservé dans

une certaine mesure, ou encore les parois peuvent être contractées ou rétractées uniformément, de telle sorte que l'inspection ne donne à elle seule que peu de renseignements, ou bien l'on observe, contrastant avec l'affaissement de la région sous-ombilicale, une saillie plus ou moins apparente, constituée par l'estomac distendu. Les grandes dilatations qui sont la conséquence de la sténose du pylore nous offrent de beaux exemples de ce dernier cas : suivant l'expression de Cruveilhier, l'estomac, comme insufflé, se dessine « au doigt et à l'œil ». Il est fréquent également de noter seulement une saillie en masse de la région épigastrique, sans limitation bien nette.

L'inspection seule suffit dans certains cas à soupçonner, sinon à reconnaître l'existence de la sténose du pylore. L'estomac violemment contracté se dessine à travers la paroi abdominale. Lorsque la contraction se fait en masse, on observe le *durcissement intermittent*, lorsqu'elle se fait progressivement de gauche à droite, par ondes successives, on a l'*agitation péristaltique*. Ce sont deux modalités d'un même phénomène, décrit par Cruveilhier en 1852.

On a constaté tantôt la contraction en masse suivie d'affaissement progressif de gauche à droite, et tantôt la production d'ondes successives, se propageant dans le sens des mouvements péristaltiques normaux. On a constaté par exception dans un cas (obs. 3) quelques contractions qui paraissaient antipéristaltiques. Ce phénomène est plus ou moins permanent suivant la tolérance de l'estomac et le degré de la sténose ; dans certains cas il a paru nécessaire pour le voir se produire d'exciter d'un

léger choc, d'une chiquenaude la région stomacale ; en d'autres cas on l'a vu se manifester après insufflation de l'estomac.

Dans nos faits, sur 21 cas de sténose cancéreuse on rencontre 12 fois le durcissement intermittent et l'agitation péristaltique, avec la proportion de 3 cas de durcissement intermittent et de 9 cas d'agitation péristaltique. La fréquence de ce phénomène, qui appartient presque exclusivement à la sténose du pylore, et qui apparaît dans plus de la moitié des cas, lui attribue ainsi une valeur diagnostique considérable.

**Palpation.** — A la palpation se rattache la constatation de la présence d'une tumeur : en général l'amaigrissement du sujet, l'état plus ou moins flasque des parois abdominales, permettent, grâce à une palpation profonde, d'apprécier les contours, les dimensions et les caractères de mobilité de cette tumeur.

Cependant il faut tenir compte d'autre part des difficultés qui peuvent se rencontrer dans la palpation et qui tiennent à une véritable contracture des parois abdominales ; dans certains cas, on ne peut trouver qu'une induration profonde diffuse ou même il peut être impossible d'affirmer la présence d'une tumeur. Celle-ci, suivant le siège, sera plus ou moins facilement reconnaissable ; une tumeur du pylore ou de la face antérieure sera palpable alors qu'une tumeur de la petite courbure ou du voisinage du cardia sera impossible à découvrir.

Des cas rapportés dans cette thèse, si on élimine les trois faits de cancer du cardia, il reste 21 observations de cancer du pylore, dont 11 seulement s'accompagnaient

de tumeur reconnaissable à la palpation. On a noté les contours de ces tumeurs et relevé leur situation sur un schéma permettant d'en apprécier l'accroissement ou les déplacements.

Au point de vue du siège de ces tumeurs pyloriques, il a été observé dans la majorité des cas que l'on pouvait délimiter le néoplasme à droite de la ligne médiane, souvent dans la région même de l'ombilic ; dans un cas, la tumeur était au voisinage immédiat de l'appendice xiphoïde et dans deux cas, elle était représentée par une induration profonde qui allait se perdre sous les fausses côtes droites. Dans un cas enfin où le chirurgien trouva une tumeur pylorique adhérente du volume d'une mandarine, il avait été impossible de sentir cette tumeur à la palpation.

Il arrive que le siège de cette tumeur est variable en quelque sorte spontanément d'un moment à l'autre, suivant la réplétion de l'estomac ou de l'intestin (obs. 18).

Sur les 11 cas de tumeur palpable, on a observé que, dans 8 cas, le siège de la tumeur était susceptible de se déplacer sous l'influence de l'*insufflation* : en général la tumeur se déplace vers la droite, il arrive qu'elle peut même disparaître sous les fausses côtes ; en d'autres cas, l'insufflation peut faire apparaître des tumeurs qu'il n'avait pas été possible de palper auparavant.

Sur un même schéma on trouvera réunies les positions différentes qu'occupe la tumeur avant et après l'insufflation. Il y a là une mobilité clinique qui n'est aucunement le signe de l'absence d'adhérences de la tumeur aux organes voisins.

**Détermination des limites de l'estomac.** — Il est intéres-

sant, lors de l'examen clinique, de déterminer les dimensions apparentes de l'estomac, d'en dessiner les limites sur la paroi avec le crayon dermographique et d'en tracer le graphique.

On s'adresse à la percussion pour déterminer la limite supérieure, la limite inférieure étant déterminée avec la plus grande approximation par la recherche du bruit de clapotage.

S'il est des cas où l'estomac se dessine nettement sous la paroi, le plus souvent c'est à la distension artificielle de l'organe par l'*insufflation* qu'il faut s'adresser pour juger de ses dimensions et de ses rapports : par ce moyen on voit la limite inférieure s'abaisser et devenir sensible à la palpation ; en même temps la limite supérieure tend à s'élever. L'importance que présente ce procédé accessoire d'exploration a été signalée déjà à propos de la production du phénomène de l'agitation péristaltique et du déplacement des tumeurs. On a pratiqué l'insufflation au moyen de la poire de l'appareil du thermocautère montée sur une sonde œsophagienne de moyen calibre, c'est un procédé sans aucun danger, qui permet de graduer aisément la distension de l'estomac et qui a paru toujours bien toléré par les malades, il mérite donc d'occuper une place importante parmi les procédés d'exploration de l'estomac.

On trouvera dans les observations des graphiques dont les dimensions sont proportionnelles aux dimensions primitives, où se trouvent reportées avec des points de repère fixes comme le rebord costal, les mamelons, l'ombilic, les épines iliaques et le pubis, les limites de l'estomac ainsi déterminées.

A côté des limites de l'estomac et de la tumeur tracées en trait plein se trouvent en pointillé les nouvelles limites de l'estomac et les nouveaux contours de la tumeur après insufflation ; le point où l'on a pu déterminer le bruit de clapotage se trouve marqué par le signe +. Il est intéressant de comparer ces graphiques et de noter dans la grande majorité des cas une dilatation de l'estomac abaissant parfois la grande courbure jusqu'à 8 et 10 centimètres au-dessous de l'ombilic. Dans un petit nombre de cas, la dilatation de l'estomac semblait plutôt prononcée dans le sens de la largeur, et la limite inférieure ne paraissait pas s'abaisser au-dessous de l'ombilic.

*Examen viscéral.* — Après l'examen physique de l'estomac se place l'exploration des organes voisins et l'examen des fonctions des principaux appareils. L'examen du foie et des plèvres, la recherche de l'ascite, la recherche des ganglions de l'aine, de l'aisselle et de la région claviculaire permettent de faire le diagnostic de la généralisation du cancer.

L'analyse des urines a été faite au point de vue de l'albumine, du sucre, de la quantité d'urée : cette dernière notion est importante au sujet du pronostic de l'opération, la diminution de l'urée paraît en rapport avec le développement de la cachexie cancéreuse.

*
* *

**Exploration au moyen de la sonde.** — Cette méthode d'examen a comme résultat essentiel de permettre l'extraction du liquide contenu dans l'estomac à jeun ou après un repas pour le soumettre à l'analyse ; de l'examen à l'œil

nu de ce liquide on peut déduire déjà des renseignements de la plus grande importance.

L'étude des liquides résiduels est dominée par le principe établi par M. Hayem : Tout individu ayant dans l'estomac après le jeûne de la nuit, c'est-à-dire 12 à 14 heures après le dernier repas, d'une manière non passagère mais durable, un liquide contenant des débris alimentaires reconnaissables présente un *obstacle à l'évacuation* de l'estomac, est atteint de sténose pylorique ou sous-pylorique.

D'une façon générale, les malades sont tubés à jeun après un repas de la veille composé de pain, de viande, de légumes, de fruits, en choisissant de préférence des aliments dont les débris seront facilement reconnaissables. On pratique l'extraction à l'aide de la poire de Frémont et l'on obtient un liquide de quantité variable qu'on laisse un certain temps au repos dans un verre ou une éprouvette. Dans les 21 cas de sténose du pylore, l'examen à jeun a été pratiqué et toujours on a constaté dans le liquide la présence de débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu.

Dans plus de la moitié des cas, le liquide extrait à jeun atteint une quantité très considérable, de 200 à 700 centimètres cubes,de coloration le plus souvent jaunâtre, marron ou parfois chocolat. En certains cas, le liquide est peu abondant, mais se présente sous forme d'une bouillie alimentaire épaisse.Abandonné au repos dans un verre conique, ce liquide se dépose en plusieurs couches : une couche inférieure formant une sorte de poussière grisâtre,une couche moyenne liquide et d'une coloration variable, une couche supérieure contenant des débris alimentaires faci-

lement reconnaissables à l'œil nu. Il est arrivé de retrouver ainsi des pépins de pommes, des débris de choux ou de légumes verts ingérés jusqu'à 6 et 7 jours avant l'examen.

Les débris alimentaires sont le plus souvent à peine transformés par leur séjour dans l'estomac, ce qui est en rapport dans ce cas avec le peu de valeur digestive du liquide. Le plus souvent les liquides résiduels extraits par la sonde présentent une odeur aigrelette particulière plus ou moins désagréable ; dans deux cas on a rencontré une odeur extrêmement prononcée de véritable putréfaction ; l'odeur de beurre rance caractéristique de la fermentation butyrique a été rencontrée 6 fois ; dans 8 cas l'odeur prédominante paraissait due à la présence de la fermentation acétique.

On trouve signalée dans cinq cas seulement la présence de sang dans les liquides résiduels et cette présence a été reconnue soit au spectroscope, soit au microscope, soit grâce à la coloration rosée ou noirâtre du liquide. Ce chiffre de 5 cas ne paraît avoir qu'une valeur secondaire si l'on veut juger par là de la fréquence des gastrorragies dues au cancer, car la recherche du sang n'a pas été poursuivie systématiquement dans tous les cas par les réactions colorantes. Si l'on considère en effet avec Boas la notion d'une gastrorragie comme une donnée des plus importantes au point de vue du diagnostic du cancer, ce sont le plus souvent des « gastrorragies frustes » qui se révèlent par la présence de sang en très faible quantité dans les matières fécales et les liquides de provenance gastrique. Cette recherche s'effectue par l'examen au spectroscope, l'épreuve

de Teichmann (cristaux d'hémine) ou d'une façon plus simple et remarquablement sûre par les réactions colorantes, teinture de gaïac-térébenthine ozonisée (réaction de Weber) ou teinture d'aloïne-térébenthine, qui donnent en présence de l'hématine, la première une coloration bleue, la seconde une coloration rouge. Il est du plus grand intérêt de pratiquer cette recherche simultanément dans le suc gastrique et dans les matières fécales, quand il y a soupçon de cancer, dans les cas mêmes où la stase fait défaut et où il n'existe aucun symptôme d'ulcère.

*
* *

**Examen chimique.** — L'examen du suc gastrique recueilli soit à jeun soit après le repas d'épreuve a été fait suivant la méthode de Winter qui dose le chlore dans ses différentes combinaisons.

On établit par cette méthode les valeurs T, F et C représentant le chlore total, le chlore combiné à des bases fixes, le chlore combiné à des bases organiques ; la quantité d'acide chlorhydrique libre H est établie par différence entre la valeur T et le total F + C. Ces valeurs sont dosées en acide chlorhydrique pour 100 centimètres cubes de liquide. On considère en outre, avec M. Hayem, la valeur H + C ou *chlorhydrie*, l'acidité totale du liquide A, et les rapports $\frac{A-H}{C}$ et T/F. Le rapport $\frac{A-H}{C}$ ou rapport $\alpha$, qui devrait être théoriquement égal à l'unité si tous les produits C avaient une fonction acide, est normalement égal à 0,84 ; à l'augmentation de l'acidité totale due à des acides anormaux, acides de fermentation, corres-

pond un accroissement de cette valeur $\alpha$. Il y a lieu dans ce cas de rechercher au moyen des réactions appropriées les divers acides de fermentation et de les doser au besoin. Le rapport T/F renseigne sur l'évolution digestive, il s'accroît dans le même sens que la valeur H + C ; normalement, au bout d'une heure il atteint le chiffre 3 ; cette valeur sera toujours faible dans l'hypopepsie, cette hypopepsie étant elle-même mesurée par la diminution de la valeur H + C.

L'acide butyrique sera reconnu à son odeur, l'acide lactique par la réaction d'Uffelmann, l'acide acétique par calcination en présence d'acide arsénieux, ce qui détermine la production de vapeurs aliacées (cacodylate de soude). On recherche enfin dans le liquide la présence de syntonine qui précipite en solution alcaline et des peptones qui donnent la réaction du biuret.

1° *Examen du liquide à jeun.* — Normalement, on ne trouve dans l'estomac à jeun que quelques centimètres cubes de liquide visqueux, rarement acide.

Dans nos faits de cancers du pylore, on a pu extraire de l'estomac à jeun une plus ou moins grande quantité de liquide contenant des débris alimentaires. Au point de vue chimique, on a trouvé dans 4 cas seulement une acidité très faible ; dans le reste des cas, l'acidité était très élevée, allant de 0 gr. 200 milligrammes à 0,450 milligrammes d'HCl pour 100 centimètres cubes de liquide.

L'acide chlorhydrique libre faisait défaut 11 fois sur 20 analyses, il s'est trouvé au-dessous de la normale dans 8 cas, au-dessus de la normale dans un seul cas.

Les liquides de rétention sont en général des liquides

*peptiques*, de véritables liquides de digestion, en raison de la stase alimentaire : l'estomac n'est pour ainsi dire jamais vide, il est toujours en travail de digestion. Telle est la cause de l'*hyperpepsie par rétention* si fréquente dans les cas de sténose : elle existe nettement dans les observations 6, 10, 14 et 20, et même dans les autres cas, s'observe une augmentation notable de la chlorhydrie H + C par rapport à sa valeur une heure après le repas d'épreuve. Dans deux cas, le liquide résiduel était un liquide chlorurique, une solution saline simple, et n'avait aucune valeur digestive (H + C = 0) : dans ces deux cas, les malades étaient arrivés à l'apepsie absolue.

Dans ces liquides de rétention, l'élévation du rapport $\alpha$, en fonction de l'abondance des fermentations anormales, est particulièrement marquée et doit être considérée, avec M. Hayem, comme caractéristique d'une sténose cancéreuse : dans un cas on trouve le chiffre 416 ; dans 16 cas sur 20 le chiffre s'élevait au-dessus de 1 ; enfin dans les autres cas il se maintenait entre 0,80 et l'unité.

On peut noter encore la grande fréquence de la fermentation lactique avec 15 sur 20 des cas ; dans 4 cas, la fermentation acétique existait seule, et dans 6 cas la fermentation butyrique existait seule ou associée à la fermentation lactique.

2° *Examen après repas d'épreuve.* — Le repas d'épreuve employé a été le repas d'Ewald, ainsi composé : pain rassis, 60 grammes ; infusion légère de thé, 250 grammes ; sucre, 15 grammes.

Après avoir vidé l'estomac de son contenu à jeun, on a administré le repas ci-dessus.

On a extrait pour l'examen une partie du contenu stomacal à la 60ᵉ minute de la digestion. Une analyse en série continue a été pratiquée (obs. 6).

Voici, à côté du type normal les types extrêmes que l'on rencontre dans nos cas :

| | | | |
|---|---|---|---|
| A = 0.189 | T = 0.321 | A = 0.219 | T = 0.328 |
| H = 0.044 | F = 0.109 | H = 0.051 | F = 0.102 |
| C = 0.168 | $\alpha$ = 0.84 | C = 0.175 | $\alpha$ = 0.96 |
| H + C = 0.212 | T/F = 3 | H + C = 0.226 | T/F = 3.21 |
| (normal). | | (obs. 20). | |

| | |
|---|---|
| A = 0.233 | T = 0.211 |
| H = 0.000 | F = 0.211 |
| C = 0.000 | $\alpha$ = 233 |
| H + C = 0.000 | T/F = 1 |
| (obs. 11). | |

Sur 21 analyses pratiquées une heure après le repas d'épreuve, on a toujours rencontré une diminution de la valeur H + C, allant de l'hypopepsie du premier degré (5 cas) à l'apepsie.

L'acide chlorhydrique libre a disparu dans 12 cas, dans 3 seulement il atteignait la normale.

Dans un de ces derniers cas, où lors d'un premier examen on avait trouvé des chiffres assez forts avec une valeur de H élevée, un nouvel examen fait 24 jours plus tard a montré la disparition de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique 60 minutes après le repas d'épreuve (obs. 6).

On a toujours trouvé la valeur $\alpha$ au moins égale à la normale, et dans la moitié des cas supérieure à l'unité, pouvant s'élevèr jusqu'à la valeur de 233.

L'hypopepsie due au cancer semble progresser avec

une assez grande rapidité, aussi dans les cas douteux est-il indiqué de renouveler l'examen à une date ultérieure. Dans l'observation 6 en particulier, dont voici la première analyse :

| | | | |
|---|---|---|---|
| A | = 0.153 | T | = 0.357 |
| H | = 0.051 | F | = 0.167 |
| C | = 0.139 | $\alpha$ | = 0.73 |
| H+C | = 0.190 | T/F | = 2.14 |

les chiffres sont un peu faibles dans leur ensemble, sauf la valeur de H qui dépasse légèrement la normale 0,044, mais ne paraissent en rien déterminer le soupçon d'un cancer de l'estomac. On a donc renouvelé l'examen 24 jours plus tard. La nouvelle analyse faite en série continue de 30 en 30 minutes jusqu'à 300 minutes après le repas d'épreuve, a montré au bout d'une heure une hypopepsie du 2$^{e}$ degré ; cependant l'évolution digestive se poursuivait d'une façon assez régulière et les chiffres se relevaient pour atteindre leur acmé au bout de 210 minutes.

De même, dans l'observation 9, l'analyse a été reprise deux mois après le premier examen, et cette nouvelle analyse a révélé une hypopepsie du premier degré avec élévation de la valeur $\alpha$.

L'analyse chimique a donné des résultats significatifs au point de vue du diagnostic dans 20 cas : dans un seul cas, le chimisme était resté fort (obs. 22, signalée plus haut). Il y a là une certaine contradiction avec l'évolution avancée de la tumeur dans ce cas particulier. Ces résultats significatifs peuvent-ils être considérés comme précoces ? Il est certain que, si vraisemblable-

ment les modifications du chimisme vers l'hypopepsie vont en s'accentuant dès le début de l'affection, les différences que l'on constate avec le type normal moyen que l'on doit prendre comme point de comparaison, faute de connaître le type normal de l'individu, seront souvent assez peu marquées à une époque rapprochée de ce début pour permettre d'affirmer la nature cancéreuse de la lésion. Dans les 20 cas où l'examen chimique a apporté au diagnostic une contribution appréciable, on a pu se fonder soit sur l'hypopepsie seule, soit sur l'hypopepsie plus ou moins marquée qu'accompagnait l'élévation du rapport $\alpha$, signe dont nous avons déjà signalé la valeur, pour ajouter un caractère de plus ou moins grande probabilité au diagnostic de cancer (1).

*
* *

**Examen du sang**. — Les phénomènes d'anémie cancéreuse que l'on a pu observer dans un certain nombre de cas ont été étudiés suivant la méthode de M. Hayem.

Dans 5 observations l'examen du sang a été pratiqué : il a porté sur le nombre des globules rouges, leur teneur en hémoglobine, la quantité des globules blancs et la proportion des différents leucocytes, la déformation des globules (méthode Hayem, préparations colorées de sang pur). Dans l'observation 22 en particulier, l'on s'est trouvé en présence d'une anémie très intense, dans laquelle le nombre des globules rouges atteignait encore

(1) Toutes les analyses de suc gastrique ont été faites par M. Tulasne, pharmacien-chimiste, dans le laboratoire de M. Lion à l'hôpital de la Pitié : une méthode rigoureuse garantit l'exactitude des résultats et les rend absolument comparables.

1.891.000 par millimètre cube, alors que la valeur globulaire était réduite à 0,51 : dans ce cas l'anémie est restée longtemps stationnaire ; au bout de six mois, le nombre des globules rouges est tombé à 1.271.000 et la valeur globulaire a paru se maintenir au chiffre de 0,55. Dans ce cas, des préparations de sang sec nous ont montré la présence de pseudo-parasites, globules rouges déformés en massue, en bâtonnets.

On a observé d'une façon générale l'augmentation du nombre des globules blancs, atteignent le double du chiffre normal, avec tendance à la polynucléose (70-80 0/0 de polynucléaires).

La recherche des souffles anémiques du côté de l'appareil cardio-vasculaire, a été pratiquée et a permis de rencontrer dans deux cas la présence d'un léger souffle à redoublement systolique au niveau des vaisseaux carotidiens.

*
* *

**Examen au moyen des Rayons X.** — On est en droit d'attendre de la radioscopie et de la radiographie des renseignements utiles dans l'examen de l'œsophage et de l'estomac, et ce procédé d'exploration a été utilisé dans 3 cas.

Dans l'observation 21 (sténose du cardia) l'examen à l'écran a été pratiqué en faisant avaler au malade un cachet de bismuth : le cachet n'a pas été vu très nettement, l'examen ayant été fait d'une façon un peu hâtive. Cependant ou a pu constater une fois de plus ce qui était apparu dans un certain nombre d'examens radioscopiques : le cachet de bismuth se maintient en général bien au-dessus du niveau même du point rétréci, et

il exécute des mouvements alternatifs d'ascension et de descente, sous l'influence des contractions de l'œsophage. Il paraît préférable de faire avaler au malade un lait de bismuth qui s'accumulerait au-dessus de l'obstacle.

Dans 2 cas (obs. 5 et 6) les malades ont été radiographiés après ingestion d'un lait de 25 grammes de bismuth et suivant la technique bien réglée de M. Contremoulins au laboratoire central de l'hôpital Necker. En se couchant successivement pendant plusieurs minutes sur le côté droit, sur le côté gauche, sur le ventre et sur le dos, les malades ont réparti d'une façon assez régulière le bismuth sur les parois de l'estomac. L'image obtenue, les malades étant placés dans le décubitus ventral, est de lecture antéro-postérieure. Dans les cas de sténose cancéreuse, l'image radiographique a paru contrôler la délimitation de l'estomac et donner des renseignements assez exacts sur le siège du pylore que l'on reconnaît en général d'une façon nette.

*
* *

Nous avons rapidement parcouru les différents procédés d'exploration qui ont été utilisés dans l'examen des malades : les renseignements obtenus ne sont pas d'égale valeur. Ce n'est qu'en tirant parti d'un ensemble de commémoratifs et de signes cliniques que l'on arrive à juger de la conduite à tenir. Nous avons insisté sur la fréquence de l'envahissement des orifices par le cancer. Il y a là un signe souvent précoce (obs. 5, 6, 8, 13, 17) qui constitue parfois à lui seul une indication impérieuse du traitement chirurgical.

Il est enfin dans le rôle du médecin de placer autant

que possible son malade dans les meilleures conditions de résistance vis-à-vis de l'opération qu'il juge nécessaire : dans la plupart des cas, les malades ont été soumis aux lavages d'estomac ; au bout de quelques jours l'estomac débarrassé des résidus alimentaires devient plus tolérant et permet l'alimentation liquide ; en certains cas le lait mal toléré a été remplacé par le kéfir ; au besoin on a utilisé les lavements alimentaires. On a pu dans un cas obtenir de cette façon une augmentation de poids de près d'un kilogramme avant l'opération. Il convient de ne pas s'attarder à rechercher cette amélioration, car il ne faut pas oublier qu'un retard même de peu de durée dans l'opération peut causer la perte du malade : souvent le néoplasme évolue avec une rapidité qui déjoue les prévisions médicales et les résultats heureux se mesurent aussi en raison de la précocité de l'intervention.

## CHAPITRE II

Les opérations auxquelles ont donné lieu les 24 cas cités dans cette thèse sont de divers ordres : elles vont de la laparotomie exploratrice simple à l'exérèse. De même les malades ont retiré de ces opérations des bénéfices variables, médiocres parfois, remarquables en certains cas.

### § 1. — Traitement opératoire.

Le traitement chirurgical est réalisé par une technique bien réglée, dont le premier point est la laparotomie et l'exploration de l'estomac. Après la laparotomie médiane sus-ombilicale, le chirurgien se rend compte de l'état de la tumeur, de son extension, de ses adhérences aux organes voisins, de l'état des ganglions qui l'entourent, des progrès de la généralisation. C'est dans ces conditions qu'il juge s'il lui est possible d'enlever cette tumeur, s'il doit se contenter d'une opération palliative ou s'il doit enfin s'abstenir de toute intervention.

L'exploration chirurgicale permet de juger de l'état de mobilité réelle des tumeurs palpables que le médecin a vu se déplacer pendant l'examen clinique : elle a permis de constater que ces tumeurs mobiles sont en réalité entourées le plus souvent de nombreux ganglions et adhèrent fréquemment au gros intestin ; leur mobilité apparente est la conséquence de la distension variable de l'estomac

et de l'intestin. Le plus souvent aussi l'opération radicale se trouve par là contre-indiquée : ainsi sur 8 cas de tumeurs mobiles, on a pu tenter une résection plus ou moins large dans 3 cas seulement.

Sur 21 cas de sténose du pylore, on trouve 3 cas inopérables, 6 cas avec pylorectomie et 12 cas avec gastro-entérostomie.

Dans les 6 cas de pylorectomie, le chirurgien s'est efforcé de pratiquer l'ablation la plus étendue en enlevant en même temps que la tumeur les ganglions voisins, avec une technique opératoire variable suivant l'état de la tumeur et suivant l'étendue de la résection.

Ce sont les adhérences étendues de la tumeur qui, d'une façon générale en ont contre-indiqué l'extirpation dans les 12 cas de gastro-entérostomie qui viennent ensuite. Dans l'un de ces cas cependant (obs. 13) la tumeur de petites dimensions aurait paru enlevable, mais l'état des poumons du malade obligea le chirurgien à terminer hâtivement l'opération par la gastro-entérostomie.

Les différents procédés opératoires de gastro-entérostomie utilisés paraissent aussi peu dangereux l'un que l'autre au point de vue de la mortalité immédiate. La gastro-entérostomie en Y, procédé de Roux, est une opération rationnellement plus parfaite que la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de von Hacker : elle demande le plus grand soin dans l'exécution des sutures, mais, avec les progrès de la technique, la durée de l'opération a pu ne dépasser que de 10 à 12 minutes celle du procédé de von Hacker.

La détermination du choix du procédé est réglée par

les conditions locales, impossibilité parfois d'aborder la face postérieure de l'estomac, et par les conditions de résistance du malade qui peuvent obliger à choisir le procédé le plus rapide : nous relevons deux gastro-entérostomies en Y, l'une antérieure, l'autre postérieure, les autres cas ont utilisé le procédé de von Hacker.

On a pratiqué dans un cas où la gastro-entérostomie a été reconnue impossible une jéjunostomie en un temps avec fixation directe de la muqueuse à la peau (obs. 23). La gastrostomie simple a été appliquée dans un cas (obs. 24) au traitement palliatif d'une sténose cancéreuse du cardia.

Enfin l'intervention chirurgicale s'est bornée à l'exploration dans 4 cas, comprenant trois cas de cancer du pylore étendu et déjà généralisé, et un cas de cancer du cardia qui ne nécessitait pas encore une gastrostomie d'urgence : dans ces 4 cas, toute opération était impossible à cause de l'étendue du néoplasme ou inutile à cause de l'imminence de l'envahissement des nouveaux orifices créés par le chirurgien.

### § 2. — **Résultats immédiats de l'opération.**

Sur 24 cas d'intervention chirurgicale, on relève, par shock ou par complications post-opératoires, dans les quelques jours qui ont suivi l'intervention, 4 cas de mort.

La laparotomie simplement exploratrice apparaît d'une bénignité parfaite et les malades ne semblent éprouver aucune complication du fait d'une exploration de courte durée. De même, les 2 cas de jéjunostomie et de gastrostomie ont été suivis de succès opératoire.

Avec la gastro-entérostomie, on trouve 1 seul cas de mort sur 12 opérations, encore ce cas de mort s'est-il produit chez un vieillard de 70 ans déjà cachectisé (obs. 10).

Notre statistique est plus sombre pour les cas de pylorectomie, avec 3 morts sur 6 opérations. Un de ces malades a présenté des phénomènes de *circulus viciosus* et a succombé des suites de complications pulmonaires après jéjunostomie complémentaire (obs. 6) ; une autre malade (obs. 5) a succombé également des suites de complications pulmonaires 14 jours après l'opération ; un troisième enfin a succombé le deuxième jour après l'opération.

Dans les cas favorables de gastro-entérostomie et de pylorectomie, les suites immédiates de l'intervention n'ont paru marquées par aucun incident. En général, les accidents dus au chloroforme sont de courte durée.

Dans la pratique de M. le professeur Terrier, et 22 malades parmi nos observations ont été opérés dans son service, à la clinique chirurgicale de la Pitié, on attache une grande importance à débarrasser l'estomac dès le lendemain au matin des liquides qui stagnent avant que s'établisse le nouveau cours des matériaux alimentaires : aussi l'on pratique systématiquement un lavage d'estomac dès le lendemain de l'opération. On diminue ainsi de beaucoup la fréquence des vomissements post-opératoires, on réussit surtout à empêcher cette véritable *putréfaction* stomacale, cause la plus fréquente des élévations de température survenant les jours qui suivent l'opération. Et, de fait, les malades en général atteignent à peine la température de 38° le lendemain pour retomber aussitôt à la normale.

Dans la majorité des cas, bien avant le vingtième jour qui suit l'opération, les malades sont revenus à l'alimentation ordinaire, et la plupart d'entre eux ont pu quitter l'hôpital dès ce moment. Cependant on a observé un cas de pylorectomie (obs. 3) et un cas de gastro-entérostomie (obs. 18), chez lesquels malgré le fonctionnement satisfaisant de la nouvelle bouche stomacale, l'état général ne s'est pas remonté après l'opération, en raison des progrès de la généralisation cancéreuse.

C'est dans l'étude des résultats éloignés qu'il convient d'envisager le véritable bénéfice que les malades ont pu retirer de l'opération.

### § 3. — Résultats éloignés.

Les malades ont été étudiés à nouveau après avoir quitté le service de chirurgie et un certain nombre d'entre eux ont pu être retrouvés par la suite à une date plus ou moins éloignée de leur opération. De tous les cas opérés, il reste encore 7 malades vivants. Deux d'entre eux atteignent une survie de plus de trois ans. Quelques-uns de ces malades bénéficieront encore vraisemblablement d'une prolongation d'existence notable. Un malade ayant subi une laparotomie exploratrice il y a 2 ans et un autre une jéjunostomie il y a 18 mois n'ont plus donné de leurs nouvelles : nous les comptons parmi les cas de mort.

L'analyse de ces résultats éloignés sera faite en groupant les malades d'après l'opération qu'ils ont subie.

1° Les cas de **laparotomie exploratrice** qui ont été suivis pendant un temps plus ou moins long après l'opéra-

tion offrent un tableau de l'évolution du néoplasme sans qu'on puisse attribuer une aggravation quelconque au fait de l'opération subie. Bien mieux, et ceci est particulièrement frappant dans les observations 19 et 22, les malades paraissent en tirer un certain bénéfice.

La survie observée varie de 2 mois 1/2 à 4 mois, et bien davantage.

Le malade qui fait l'objet de cette observation, opéré le 16 août 1905, est encore vivant actuellement. Ce dernier malade a présenté un mois après l'opération, une série de vomissements contenant du sang et quelques fragments de cancer ; son anémie est devenue de plus en plus prononcée et peu à peu ce malade qui pouvait encore faire quelques pas hors de son lit a dû rester complètement alité ; 5 mois après l'opération sont apparus des troubles de la déglutition avec des phénomènes d'obstruction du cardia, mais le régime lacté et le kéfir permettent encore de l'alimenter et de le soutenir. Cette observation est intéressante par son évolution lente et sa durée prolongée en dehors de toute opération réellement efficace.

Une autre malade est morte de cachexie au bout de deux mois avec une généralisation du cancer aux organes voisins. Enfin les malades qui font l'objet des observations 19 et 21 ont quitté l'hôpital, l'un d'eux a succombé au bout de 4 mois, l'autre opéré le 2 avril 1904 n'a plus donné de ses nouvelles.

Indépendamment de la durée proprement dite de la survie, il y a lieu d'insister sur le bénéfice apparent tiré par les malades de l'opération. On a pu observer pendant un temps plus ou moins long après l'opération une améliora-

tion manifeste de l'état général, l'atténuation et même la suppression des phénomènes douloureux (obs. 19 et 22) et la diminution très nette des troubles dyspeptiques. Ces malades s'alimentent plus facilement et paraissent retrouver quelque appétit. Etant laissés dans l'ignorance des résultats de l'opération, et croyant même que le chirurgien leur a fait quelque chose d'utile, n'y a-t-il là qu'un effet de suggestion sur ces malades, ou faut-il y voir une action bienfaisante de l'ouverture du péritoine et du contact de l'air extérieur, comme cela a lieu dans la péritonite tuberculeuse et certaines affections hépatiques ?

2° Dans les deux cas de **jéjunostomie** et de **gastrostomie** les résultats fonctionnels ont paru satisfaisants ; dans un cas la mort est survenue au bout de deux mois, dans l'autre, la malade a quitté l'hôpital sur sa demande, est retournée à la campagne, et l'on n'a pu obtenir de renseignement exact sur la date de sa mort. Dans ces cas, on a procuré à ces malades une atténuation des souffrances, et l'on a substitué une mort plus douce à la mort inévitable par inanition.

3° **Résultats éloignés de la gastro-entérostomie**. — Sur 11 cas de gastro-entérostomie, 5 malades sont morts après avoir présenté une survie variant de 3 à 10 mois, soit une moyenne de 7 mois 1/2. Restent encore vivants 6 malades chez qui l'opération remonte de 2 mois à 3 ans. Un seul malade, et c'est lui qui pour le moment a retiré le plus de bénéfice de son opération, a survécu déjà 3 ans. Vient ensuite un malade encore vivant 14 mois après l'opération.

Cette survie prolongée au delà de 3 ans, signalée dans

l'observation 8, fait douter du diagnostic de cancer : l'exploration clinique, l'analyse chimique du suc gastrique avec hypopepsie et élévation considérable, 6,71, de la valeur $\alpha$, avaient fait poser le diagnostic de cancer. A l'opération, le chirurgien admit ce diagnostic comme exact et, constatant l'existence de nombreux ganglions malades, crut ne pas devoir pratiquer la résection. Or le malade a été revu il y a quelques jours : depuis sa sortie de l'hôpital il s'est remis à un travail très pénible d'employé aux Halles, et cela tous les jours de 4 heures du matin à 6 heures du soir sans aucune interruption. Il mange bien et se soutient bien, mais il conserve une apparence débile et un embonpoint toujours faible. Peut-on devant une telle évolution maintenir le diagnostic primitivement porté ou faut-il faire une réserve et supposer que l'on se trouve en présence d'un cas de tumeur non cancéreuse, peut-être un cas de tumeur syphilitique, analogue à ceux décrits par M. Hayem et la syphilis est en effet signalée dans les antécédents de ce malade.

Il est remarquable de noter que sur 11 opérés, 9 ont pu reprendre pendant un temps plus ou moins long le métier parfois pénible qu'ils exerçaient avant leur maladie.

Lorsque les malades sont revus suivis et examinés à une époque moins éloignée de l'opération, on observe en général des modifications frappantes de leur aspect et des fonctions de l'estomac.

Une augmentation de poids a été notée 9 fois sur 11 cas, cette augmentation atteint en général 1 à 3 kilogrammes, dans un cas (obs. 17) elle atteint près de 10 kilogrammes. En même temps que cette augmentation de poids s'obser-

vent la reprise des forces, l'amélioration du facies, le retour de l'appétit.

Cet état d'amélioration se maintient pendant une période plus ou moins longue. Chose remarquable, il se rencontre dans des cas même où le cancer avait envahi le péritoine comme cela avait été constaté au moment de l'opération : ainsi, dans l'observation 17, le malade avait augmenté de 10 kilogrammes et pourtant le chirurgien avait trouvé sur le péritoine un véritable semis de granulations néoplasiques.

A l'examen local, il est de règle de trouver un mois après l'opération une cicatrice sus-ombilicale souple, non douloureuse, non adhérente aux parties profondes. La palpation ne réveille aucune douleur. La tumeur dont on avait constaté la présence paraît n'avoir subi que de légères modifications de siège et de volume ; dans plusieurs cas, elle se confondait avec le foie. Dans le cas de l'observation 18, on a trouvé un mois après l'opération une généralisation du cancer au péritoine et au foie, ce dernier organe paraissait avoir doublé de volume (V. schéma).

Fonctions de l'estomac après gastro-entérostomie. — Le plus souvent l'opération amène la disparition ou tout au moins l'atténuation très nette des phénomènes douloureux, en particulier de ceux qui tenaient à la stase : l'estomac se vide bien. C'est ainsi que les aigreurs, régurgitations ou vomissements alimentaires disparaissent dans la majorité des cas.

Ces heureuses modifications s'observent bien entendu tant que n'apparaissent pas la récidive ou la généralisation du cancer. Ainsi dans l'observation 18, un mois après

l'opération, la tumeur ayant augmenté de volume et s'étant généralisée au foie, on a assisté au retour des vomissements alimentaires et à l'accentuation des douleurs à l'épigastre avec irradiation vers l'abdomen et les hypocondres.

Cependant on a pu observer dans un certain nombre de cas des vomissements non alimentaires, mais bilieux, survenant de préférence la nuit ou le matin, et causés par le reflux de la bile dans l'estomac. L'observation 13 offre un exemple de ces vomissements bilieux répétés : le malade a été gastro-entérostomisé il y a dix mois par le procédé de von Hacker, depuis ce moment il a eu presque régulièrement chaque jour, et surtout le matin, avec cependant des intermittences dues à l'effet de lavages d'estomac, un vomissement de bile en quantité variable, vomissement extrêmement amer, phénomène qui s'accompagnait de troubles subjectifs et de malaises fort pénibles. Il arrivait parfois de constater ce fait assez intéressant : le vomissement se produisant de préférence le matin, et surtout au moment même où le malade avalait les premières gorgées de son déjeuner du matin, il pouvait se faire que dans ce vomissement le malade ne retrouvait aucune trace des aliments qu'il venait d'avaler, mais de la bile pure. On a pu toutefois obtenir une atténuation marquée de ces symptômes par le régime kéfirique suivi depuis une quinzaine de jours.

Il y a lieu certainement d'incriminer dans ce fait un fonctionnement défectueux de la bouche stomacale, et sans doute, le procédé même de gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de von Hacker peut en être con-

sidéré comme responsable. L'observation 15 signale également des vomissements bilieux, mais très espacés. En revanche, l'observation 16 ne rapporte aucun vomissement chez un malade opéré par le même procédé, bien qu'il soit possible dans une certaine mesure d'attribuer la même origine à certains malaises qu'éprouve parfois ce malade pendant la nuit. Dans l'observation 8 enfin, le malade n'a éprouvé pendant 3 ans aucun trouble gastrique ; dans ce cas le procédé de von Hacker a donné des résultats tout à fait satisfaisants.

Le procédé de gastro-entérostomie en Y de Roux n'a été utilisé qu'en deux cas, observations 17 et 18 : dans la première de ces observations le fonctionnement de l'estomac a été excellent, en ce sens que le malade n'a éprouvé aucun malaise et a pu augmenter rapidement de poids, bien qu'au bout de deux mois on retrouve dans l'estomac à jeun des débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu ; dans la seconde de ces observations, le malade est entré dans la période de cachexie au lendemain de l'opération. Il paraît donc difficile de juger uniquement d'après ces cas de la supériorité de l'un de ces procédés sur l'autre : on pourrait ajouter cependant que les observations prises dans des cas de sténose bénigne du pylore permettent de considérer comme l'exception avec le procédé en Y le reflux de bile et de liquide pancréatique dans l'estomac, phénomène que l'on observe assez fréquemment avec le procédé de von Hacker.

On observe généralement après l'opération qu'il est difficile ae délimiter l'estomac : celui-ci se vide bien et l'on ne trouve pas le bruit de clapotage à jeun. Le plus souvent

la limite supérieure de l'estomac peut encore être déterminée par la percussion, mais la distension gazeuse du grand cul-de-sac que l'on avait pu constater auparavant est notablement atténuée.

L'insufflation montre en général que l'estomac se distend au-dessus de l'ombilic, mais quand on augmente la quantité d'air insufflé il est fréquent d'observer une saillie en masse, diffuse de la partie supérieure de l'abdomen due au passage de l'air dans l'intestin.

Examen du suc gastrique. — Dans l'extrême majorité des cas, la bouche stomacale a bien fonctionné, et l'examen par la sonde pratiqué à jeun a permis de constater que l'estomac était vide ou ne renfermait que quelques centimètres cubes d'un liquide épais et bilieux.

De même que l'estomac s'évacue bien dans les 12 à 14 heures qui suivent le dernier repas du soir, il s'évacue rapidement après le repas d'épreuve ; dans certains cas on ne trouve presque plus de liquide une heure après le repas d'Ewald, on ne peut même en recueillir en quantité suffisante pour qu'il soit possible de le soumettre à l'analyse. Ainsi dans l'observation 8 on n'a pas retiré de liquide à jeun et 60 minutes après le repas d'épreuve on n'a pu extraire que 4 à 5 centimètres cubes de liquide. Cette évacuation rapide peut expliquer le besoin qu'éprouvent certains malades de faire des repas fréquents.

Dans deux cas seulement, on a pu retirer de l'estomac à jeun une quantité de liquide suffisant pour faire une analyse, et ces cas se rapportent aux observations 17 et 13.

Chez le malade de l'observation 17, *gastro-entérosto-*

*mie en Y*, les phénomènes de stase persistent après l'opération et l'on trouve dans l'estomac à jeun une grande quantité de liquide chargé de débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu. L'acidité totale reste élevée, A = 0.240, l'acide chlorhydrique libre faisant défaut, et la chlorhydrie H + C étant égale à 0.020 ; aussi le chlore total 0.392 surpasse-t-il de peu le chlore fixe 0.372. Ce liquide se rapproche d'une véritable solution saline, contenant des traces de syntonine et de peptones, dont l'acidité est due à la fermentation lactique ; aussi le coefficient $\alpha$ est-il particulièrement élevé et atteint-il la valeur 12. Les fermentations sont plus accentuées qu'avant l'opération.

Dans l'observation 13, le liquide résiduel est moins abondant, 28 cc., bilieux, sans résidus alimentaires, son acidité est faible et les fermentations peu développées, le coefficient $\alpha$ est faible avec un chiffre de 0.69 : cela tient à ce qu'il n'y a pas de stase et que le liquide extrait est très certainement de provenance duodénale.

De même les quelques centimètres cubes de liquide extrait à jeun, dans différents cas, liquide le plus souvent bilieux, ont paru en général de coloration verdâtre, de consistance assez épaisse, dénués d'odeur caractéristique des fermentations fortes, et présentant une acidité faible.

L'examen du suc gastrique à la 60e minute de la digestion a été pratiqué dans 7 cas de gastro-entérostomie : en général le liquide extrait est peu abondant, filtre assez facilement et l'analyse chimique montre que son pouvoir digestif est des plus faibles.

On n'a trouvé que dans un seul cas (obs. 13), néoplasme

du pylore au début de son évolution, la persistance d'une valeur de la chlorhydrie H + C comparable à celle qu'elle présentait avant l'opération. Dans les autres cas, le type chimique appartient à une hypopepsie intense, la valeur H + C tombe aux chiffres de 0.008, 0.024, 0.044, 0.051, 0.066 et l'acide chlorhydrique libre fait entièrement défaut.

En somme, la sécrétion gastrique paraît diminuer non seulement de quantité, mais encore de qualité.

L'acidité totale est le plus souvent peu élevée, ce qui tient à la diminution des fermentations anormales ; ainsi, dans l'observation 11, la valeur $\alpha$ passe de 233 à 0,86 et l'on ne trouve plus qu'une réaction lactique légère. Dans un seul cas (obs. 17) cette valeur $\alpha$ reste élevée, mais ce cas s'accompagne d'un certain degré de stase alimentaire. Cette diminution des fermentations tient sans doute aux conditions favorables d'évacuation de l'estomac et peut être due dans une certaine mesure à la présence de bile en plus ou moins grande quantité dans le milieu stomacal.

Alimentation. —D'une façon générale, les malades reviennent rapidement à l'alimentation normale : la plupart d'entre eux, avant même de quitter le service de chirurgie, avaient pu déjà sans aucun dommage manger de la viande et du pain en assez grande quantité, et ceux qui ont séjourné un certain temps dans un asile spécial de convalescents ont suivi le régime ordinaire, régime qui avait pourtant paru si difficile à supporter au malade de l'observation 18 qui se trouvait en convalescence d'une affection pulmonaire, au début même des phénomènes de dyspepsie qui ont marqué chez lui les premières atteintes

d'un cancer de pylore. C'est ainsi que la plupart des malades, avant récidive ou généralisation, peuvent revenir à leur alimentation antérieure.

On a pu cependant noter quelques particularités : parfois sensation de plénitude de l'estomac après un repas un peu abondant ; en général nécessité de repas plus fréquents ; parfois nécessité d'écarter du régime certains aliments qui « ne réussissent pas ». Le régime antidyspeptique simple, avec exclusion des crudités, sauces, graisses, réduction de la quantité de pain et suppression de l'alcool donne toute satisfaction au malade ; mais on a pu voir que le plus souvent en somme les infractions à ce régime sont bien tolérées. S'il survient des vomissements, des éructations, quelques troubles subjectifs, il paraît indiqué de revenir au régime lacté avec œufs, purées, viande moulinée : on a obtenu de bons résultats en certains cas des lavages d'estomac (obs. 13 et 18). Dans l'observation 13 enfin, le régime kéfirique avec addition de 4 œufs par jour a procuré au malade la disparition des troubles gastriques en même temps qu'une augmentation de près d'un kilogramme en une quinzaine de jours.

Fonctions intestinales. — On observe dans la grande majorité des cas que les fonctions intestinales se régularisent rapidement. La constipation souvent opiniâtre que l'on retrouve si fréquemment avant l'opération disparaît, pour faire place à des selles normales et régulières. Dans toutes nos observations est mentionné ce bon effet de l'opération ; sans doute il résulte de ce que l'alimentation est plus abondante, peut-être est-il dû dans une certaine

mesure au relèvement de l'état général qui rend leur tonicité aux tuniques musculaires de l'intestin.

Dans les cas rares où survient passagèrement de la diarrhée, l'emploi du kéfir nº 2 et au besoin du kéfir nº 3 suffit en général pour en amener la disparition.

Evolution ultérieure. — Les progrès du cancer apportent à un intervalle plus ou moins éloigné des désordres dans les nouvelles conditions de fonctionnement de l'estomac. On a pu voir, en citant l'observation 18, que l'un des malades avait présenté moins d'un mois après l'opération un retour des troubles dyspeptiques et des vomissements qui coïncidaient avec la généralisation étendue du cancer.

Dans d'autres cas, certains malades, à une époque plus ou moins éloignée de l'opération, présentaient des tumeurs volumineuses adhérentes au foie et conservaient un fonctionnement satisfaisant de l'estomac avec un état général assez bon : c'est ainsi que dans l'observation 15, 13 mois après son opération, le malade continuait son métier de maçon, alors que la palpation permettait de découvrir à l'épigastre une tumeur volumineuse qui paraissait faire corps avec le foie et qui allait se perdre sous les fausses côtes gauches. Le chirurgien avait déjà trouvé dans ce cas un noyau secondaire dans le côlon transverse et de petits noyaux dans le grand épiploon cancéreux.

De même le malade de l'observation 16 qui avait été trouvé porteur d'une tumeur pylorique adhérente au foie, de la grosseur d'une orange, avec ascite dans la grande cavité péritonéale se présentait un an après, avec un état général paraissant satisfaisant : on a constaté à ce mo-

ment par la palpation la présence d'une masse dure, légèrement bosselée, occupant tout l'épigastre, débordant légèrement à gauche de la ligne médiane et allant se perdre sous les fausses côtes droites, cette masse descendant jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Dans l'observation 11 au contraire, le malade a été revu 6 mois après l'opération porteur d'une tumeur volumineuse et présentant des phénomènes de généralisation cancéreuse et de cachexie. La mort est survenue six semaines plus tard.

Dans 4 cas on a rencontré, à une date plus ou moins éloignée de l'opération, l'ascite comme symptôme de généralisation, accompagnant l'augmentation de volume de la tumeur et du foie.

Au moment où apparaît la cachexie — et il est remarquable d'observer combien la généralisation du cancer peut faire de progrès avant l'apparition de celle-ci, — les préparations ferrugineuses et arsenicales, l'alimentation par le kéfir ont paru, en certains cas, donner quelques résultats satisfaisants et soutenir le malade dans une certaine mesure.

La mort enfin a paru dans nos faits survenir dans un délai variable, souvent assez rapprochée du moment où le malade pouvait encore continuer son travail. La période terminale est marquée par des symptômes particuliers, suivant la prédominance du cancer dans certains organes, comme le foie ou le péritoine par exemple.

4° **Résultats éloignés de la pylorectomie.** — Les cas de pylorectomie rapportés dans cette thèse ont été suivis de

guérison trois fois sur six. La survie dans ces trois cas a été une fois de 70 jours, une fois de 10 mois ; elle est déjà de 38 mois pour une dernière malade qui est encore vivante et bien portante.

Le malade qui a survécu 70 jours a présenté peu de temps après l'opération une extension du cancer au péritoine, extension qui avait été prévue par l'examen histologique de la pièce. Le malade n'a pu quitter l'hôpital, il revint pendant un mois dans notre service, puis alla mourir dans un service de chirurgie avec des phénomènes de péritonite cancéreuse (obs. 3).

La malade qui a survécu 10 mois a quitté l'hôpital une vingtaine de jours après son opération et se rétablit en apparence d'une façon parfaite, si bien qu'elle put se livrer pendant 8 mois aux travaux des champs. Puis survinrent des troubles gastriques, d'abondants et fréquents vomissements bilieux et apparut de nouveau à l'épigastre une tumeur volumineuse. Jusqu'à cette constatation de la récidive, l'état général s'était maintenu très satisfaisant et l'amélioration constatée avait été rapide. On aurait pu jusque là croire la malade absolument guérie. La mort survint peu de temps après le dernier voyage à Paris de cette malade.

Enfin la malade actuellement vivante 38 mois après l'opération était âgée de 49 ans au moment de l'opération, le 22 avril 1903. L'examen histologique de la pièce a été fait et a confirmé la nature cancéreuse de la tumeur (examen histologique, p. 56).

Or cette malade se rétablit parfaitement après l'opération : pendant un certain temps on put croire à une réci-

dive en présence de la suppuration de l'un des points de suture de la paroi, ce qui donnait une sorte de résistance à la palpation des parties profondes. La malade a pu de nouveau s'occuper aux travaux de culture. Revue un an après son opération, elle avait repris son poids primitif de 74 kilogs (elle était tombée à 54 kilogs au moment de son séjour à l'hôpital). Elle revient donner de ses nouvelles chaque année, et à chaque voyage raconte qu'elle se trouve aussi bien portante que plusieurs années avant sa maladie, que l'appétit est excellent, que les forces se maintiennent.

A sa dernière visite, le 18 juin 1906, on n'a constaté la présence d'aucune tumeur, le poids était tombé à 63 k. 500, en raison peut-être du véritable surmenage occasionné par les travaux domestiques et la culture des champs.

Ainsi la guérison s'est maintenue parfaite pendant 38 mois, actuellement on peut encore vraisemblablement porter un pronostic favorable sur le maintien de ces bons résultats.

Cependant au moment de l'opération les symptômes cliniques étaient évidents et l'on constatait la présence d'une tumeur palpable : on ne saurait dire que l'intervention a été exécutée d'une façon précoce, par rapport à l'évolution de la maladie et à l'état de la malade. Un enseignement découle de cette observation, c'est que la curabilité du cancer de l'estomac est encore réalisable, même à une époque déjà éloignée du début de l'affection et quand il y a une tumeur palpable.

Fonctions de l'estomac. — Les cas rapportés dans les observations 1 et 2 ont été suivis aussitôt après l'opération d'un fonctionnement satisfaisant de l'estomac, malgré la

résection étendue que le chirurgien avait pratiquée.

On a noté dans ces deux cas la disparition des phénomènes douloureux, le retour de l'appétit et des digestions faciles. Bien entendu ces conditions ont fait place dans l'observation 2, au moment de la récidive du cancer, à de nouveaux troubles dyspeptiques et en particulier d'abondants vomissements bilieux.

Un mois environ après l'opération, l'estomac ne présentait dans ces deux cas pas de stase alimentaire et l'on n'a pu retirer de liquide de l'estomac à jeun.

L'examen fait 60 minutes après le repas d'épreuve a montré dans les deux cas que le liquide peu abondant présentait le type chimique de l'hypopepsie du 2e degré, avec disparition de l'acide chlorhydrique libre.

L'observation 1 présente malgré le peu de valeur du terme H + C une acidité totale atteignant 0.224, avec une fermentation lactique très forte et un rapport $\alpha$ de 8.26.

Dans les deux cas on retrouve la fermentation lactique.

L'hypopepsie s'est accentuée d'une façon particulièrement rapide dans l'observation 1, où pourtant la récidive du cancer ne s'est pas encore produite 3 ans après l'opération : on peut invoquer pour expliquer ce fait la résection d'une grande partie de l'estomac, région riche en glandes, en même temps que l'évacuation rapide de l'organe. Il semble difficile de tirer une conclusion quelconque de la marche de l'hypopepsie en faveur d'une récidive probable à plus ou moins brève échéance.

Il y a ceci de remarquable enfin dans les fonctions de l'estomac après pylorectomie, c'est que l'estomac se vide rapidement ; dans nos deux faits, les malades se sont vu

obligées de faire des repas fréquents, et moins abondants qu'autrefois en raison sans doute de la diminution de capacité de l'estomac. Dans l'observation 1, deux ans après l'opération, on ne trouvait presque plus de liquide dans l'estomac ni à jeun, ni même 30 minutes seulement après le repas d'épreuve.

Au point de vue de l'alimentation, ces deux malades (obs. 1 et 2) ont pu reprendre l'alimentation ordinaire. La malade de l'observation 2 a pourtant remarqué que certains aliments lui « réussissaient mieux que d'autres », et a dû éviter les sauces épaisses, certains légumes, et se maintenir d'elle-même à un régime assez strict.

Au contraire, la malade qui présente actuellement une survie de plus de 38 mois a retrouvé l'appétit qu'elle avait dix ans avant son opération et suit absolument le régime ordinaire. Il y a là un retour à l'état normal parfait.

# CHAPITRE III

## EXAMEN DES PIÈCES ANATOMIQUES

Dans les 6 cas de pylorectomie cités dans cette thèse, l'examen histologique des pièces opératoires a été fait : cet examen a fourni les renseignements suivants sur l'état et la structure du cancer enlevé par le chirurgien.

1° **Pylorectomie** (obs. 1). — *Cancer alvéolaire nettement limité.* — La pièce enlevée avec beaucoup de difficulté par le chirurgien a été fragmentée. La tumeur offre des dimensions assez considérables, elle est ulcérée dans la plus grande partie de son étendue et est séparée de la muqueuse saine par un bourrelet saillant qui descend assez rapidement vers l'ulcération et qui s'incline progressivement du côté de la muqueuse.

Au microscope, cancer alvéolaire à cellules cylindriques dans les parties jeunes du cancer et à la périphérie, avec dégénérescence muqueuse dans les parties plus anciennes. Le fond de la tumeur au niveau des parties exulcérées est formé d'un tissu fibreux adulte dans les interstices et dans les espaces lymphatiques duquel on voit des traînées cancéreuses dont quelques-unes se prolongent jusqu'au péritoine, mais partout ces traînées sont séparées de la surface de la séreuse par une bande plus ou moins étroite de tissu non infiltré par le cancer. La dégénérescence muqueuse se

rencontre dans les alvéoles, mais nulle part dans les interstices du tissu fibreux on ne trouve de cellules en voie de dégénérescence muqueuse ou colloïde. A la limite du néoplasme du côté de la muqueuse saine, les alvéoles cancéreuses s'arrêtent brusquement, il n'y a aucune infiltration au niveau de la celluleuse ou de la *muscularis mucosæ*.

2° **Pylorectomie** (obs. 2). — *Cancer colloïde diffus.* — La pièce enlevée par le chirurgien comprend une petite portion du duodénum, sur une étendue de 1 cent. 1/2, et une grande portion stomacale qui mesure près de 20 centimètres le long de la grande courbure et 10 centimètres le long de la petite courbure. Le cancer est représenté par une zone d'épaississement qui entoure le pylore, occupant les deux faces et les deux bords de l'estomac et s'étendant du côté du grand cul-de-sac jusqu'à 6 centimètres du pylore au niveau de la petite courbure et 10 centimètres au niveau de la grande courbure. De ce côté la zone d'épaississement va en s'effaçant. Il reste entre la partie en apparence malade et la section faite par le chirurgien 3 centimètres du côté de la petite courbure et 7 centimètres du côté de la grande courbure. La surface de la néoplasie n'est nulle part ulcérée, elle est à peine irrégulière.

Sur les coupes de la partie malade, la section de la paroi au niveau du cancer donne une épaisseur qui ne dépasse pas 1 cent. 1/2. Le tissu, à ce niveau, présente la transparence et le reflet du cancer colloïde.

Microscopiquement, cancer colloïde diffus en nappe ou alvéoles séparées par des travées extrêmement lâches. La dégénérescence colloïde au niveau du néoplasme s'étend

sur toute la hauteur de la coupe, jusqu'à la surface libre du péritoine. A ce niveau, c'est à peine si l'on trouve une mince bande qui sépare les alvéoles cancéreuses de la cavité de la séreuse.

En un point même, on trouve un espace lymphatique bourré de cellules cancéreuses et de substance colloïde. Tandis que du côté de la muqueuse, le cancer s'étend à une petite distance seulement de la tumeur, dans la sous-séreuse cette propagation se fait beaucoup plus loin, à plus d'un centimètre et demi. L'extrême limite de cette zone d'envahissement sous-séreux est encore à 3 centimètres du point où a porté la section chirurgicale. Il est probable que la récidive dans ce cas est due à l'envahissement sous-péritonéal et à la propagation du néoplasme à quelque adhérence de la tumeur.

3° **Pylorectomie** (obs. 3). — *Cancer diffus à cellules polymorphes.* — Une fois ouverte le long de la face postérieure, la pièce mesure 16 centimètres de longueur sur 12 de largeur : elle comprend le pylore, une très courte portion du duodénum et un grand morceau d'estomac. La lésion siège au pylore : la muqueuse qui recouvre le versant stomacal de la valvule présente sur sa face antérieure une ulcération très superficielle dont les dimensions dépassent à peine celles d'une pièce de cinquante centimes, à bords arrondis mais irrégulièrement contournés, à fond presque lisse. Autour de cette ulcération, la muqueuse légèrement épaissie offre un certain degré de surélévation.

Sur les coupes, on voit que l'ulcération s'étend tout juste jusqu'à la tunique musculeuse : la muqueuse qui entoure l'ulcération apparaît épaissie et en transformation cancé-

reuse sur une petite étendue. Le cancer tend à s'étendre par la surface péritonéale où il présente une largeur de 3 cent. 3/4, alors qu'il présente une largeur de 2 centimètres à la surface muqueuse.

L'envahissement se fait par la sous-séreuse ; le cancer arrive ainsi à moins de 2 millimètres de la section du côté du duodénum.

On trouve à la face profonde de la séreuse une bride adhérente sectionnée par le chirurgien qui contient des cellules cancéreuses jusqu'à la surface de section.

4° **Pylorectomie** (obs. 4). — *Cancer alvéolaire lâche à dégénérescence colloïde très prononcée.* — Enorme pièce mesurant 20 centimètres de long de la région duodénale à l'autre extrémité, présentant une grosse tumeur surélevée occupant une moitié du pylore, s'étendant de là de 14 centimètres vers la région cardiaque et portant sur les deux faces et les deux bords de l'estomac. La partie la plus saillante de la tumeur est exulcérée. Il y a 5 centimètres entre le bord de la tumeur et la section chirurgicale.

Au microscope, cancer colloïde, envahissant presque toute la couche musculaire, mais laissant entre lui et le péritoine une certaine bande de tissu sain. On trouve des alvéoles remplies de substance colloïde et de lymphatiques remplis de cellules cancéreuses dans le péritoine, mais la surface de la séreuse paraît saine partout.

5° **Pylorectomie** (obs. 5). — *Cancer diffus* (examen histologique pratiqué dans le laboratoire de M. Walther, à l'hôpital de la Pitié). — La pièce comprend une très petite partie du duodénum et une grande partie de l'estomac, elle mesure 14 centimètres dans sa plus grande longueur.

Cancer du pylore non ulcéré. La section chirurgicale a été faite dans les parties saines.

Au microscope, cancer diffus, envahissant la sous-muqueuse, la musculeuse et même le péritoine. L'infiltration cancéreuse se fait sous forme d'alvéoles lâches dont les cellules sont en voie de dégénérescence muqueuse ou colloïde.

6° **Pylorectomie** (obs. 6). — *Cancer diffus.* — La pièce mesure 14 centimètres en partant du duodénum : le pylore est occupé par une tumeur annulaire ne laissant qu'une ouverture filiforme et donnant, vu du côté du duodénum, l'aspect du museau de tanche. A la coupe, la tunique celluleuse paraît envahie par une substance d'aspect colloïde. Du côté de la petite courbure, la section a été faite en tissu normal. Du côté de la grande courbure, on retrouve du tissu néoplasique jusque sur la tranche de section.

Au microscope, cancer diffus à cellules polymorphes, avec envahissement de toutes les couches de la paroi stomacale jusqu'à la séreuse.

Sur ces 6 cas, nous rencontrons 4 cas de cancer diffus, dont 3 de cancer à cellules polymorphes et un cas de cancer colloïde.

Nous avons surtout à tenir compte des cas où la gastrectomie a été suivie d'une survie plus ou moins prolongée. Mettant donc à part les 3 cas de mort immédiate par complications post-opératoires, nous constatons que sur les 3 autres cas (obs. 1, 2 et 3) la survie a été respectivement de 70 jours (obs. 3), de 11 mois (obs. 2) et qu'elle se maintient encore actuellement sans récidive dans l'observation 1 au bout de 38 mois.

On peut se demander si la structure histologique du cancer peut donner quelques indications sur la récidive que l'on a vu se produire à plus ou moins brève échéance dans ces cas 2 et 3. Peut-on également, par l'examen histologique, expliquer la longue survie chez la malade de l'observation 1 ?

Le cas 3 qui n'a donné qu'une survie de 70 jours semblait cependant se présenter à première vue comme un cas des plus favorables, puisque la tumeur était toute petite, que sa coupe tenait tout entière dans une préparation histologique, et qu'une mesure exacte des parties envahies donnait sur les préparations une longueur qui atteignait au plus 4 centimètres. Non seulement la récidive eut lieu rapidement, mais encore il avait été possible de prédire la récidive du côté du péritoine : c'est qu'en effet le cancer présentait une forme diffuse et que les éléments néoplasiques, s'ils ne s'étendaient pas latéralement, ni du côté du duodénum, ni du côté de l'estomac, avaient fusé vers les profondeurs de la musculeuse et de la séreuse péritonéale. On pouvait même saisir sur une des adhérences de la tumeur et sectionnée par le chirurgien quelques cellules cancéreuses. Ce qui faisait la gravité de ce cas, c'est la forme en nappe du cancer, la diffusion rapide des éléments vers la profondeur sans réaction du tissu interstitiel.

Dans l'observation 2, histologiquement on trouve un cancer colloïde à forme diffuse ou à alvéoles extrêmement larges, séparées seulement par un stroma fibrillaire très délicat. Toutes les couches de l'estomac sont transformées en une surface colloïde translucide où il ne reste pas d'éléments musculaires et quelques traces seulement de tissu

fibreux. Ainsi le néoplasme s'étend jusqu'au péritoine Chose remarquable, la propagation de la néoplasie à la limite du cancer est à peine dessinée au niveau de la celluleuse, tandis qu'elle se fait à plus d'un centimètre et demi du côté de la séreuse péritonéale. Certains alvéoles cancéreux ou certains espaces lymphatiques bourrés de cellules cancéreuses siègent immédiatement sous l'épithélium péritonéal.

Dans ces cas l'explication de la récidive ne doit pas être cherchée dans une section chirurgicale trop voisine du néoplasme. En effet, si dans l'observation 6 seule, la section a porté sur le néoplasme (et dans ce cas la mort est survenue au bout de peu de jours par suite de complications post-opératoires), dans les 3 cas de guérison chirurgicale, la section a toujours été suffisamment éloignée des derniers vestiges néoplasiques, et l'on a toujours trouvé dans ces cas du côté de l'estomac des portions saines sur une étendue variant de 2 à 5 centimètres. Force est donc de chercher une autre explication.

Or les deux faits rapportés dans les observations 2 et 3 nous montrent deux cancers, l'un colloïde, l'autre à cellules polymorphes, dont la malignité tient spécialement à la forme diffuse, à la non-réaction du tissu interstitiel, à la pénétration des cellules cancéreuses à travers toutes les couches de l'organe jusqu'à la surface péritonéale et dans un cas jusqu'aux adhérences du péritoine aux organes de voisinage.

On peut, au point de vue histologique, opposer à ces deux faits le cas cité dans l'observation 1 : ici, cancer alvéolaire à cellules cylindriques, dont quelques alvéoles il

est vrai sont en voie de transformation muqueuse ou colloïde, mais toujours nettement circonscrits, séparés, surtout dans la profondeur par de larges bandes de tissu fibreux. Si quelques cellules cancéreuses ou quelques amas de cellules se rencontrent dans le tissu fibreux et dans les fentes lymphatiques de ce tissu jusqu'au voisinage du péritoine, celui-ci paraît partout garanti contre l'invasion du néoplasme. Cette tumeur, d'un volume considérable, s'accompagnait pourtant d'adhérences extrêmement étendues et serrées au niveau du foie et du pancréas, adhérences dont la libération par le chirurgien fut particulièrement pénible : la constatation de ce fait que le péritoine était garanti contre l'invasion cancéreuse nous donne la raison d'une survie qui atteint actuellement 38 mois sans que l'on trouve trace de récidive.

En résumé, il semble donc que ce qui fait surtout la malignité et que ce qui entraîne la récidive rapide de certaines tumeurs, ce n'est pas leur large extension périphérique et l'insuffisance de l'extirpation chirurgicale, mais bien la forme histologique, en rapport avec la réaction variable du tissu interstitiel et la distribution des éléments cancéreux.

Réaction insignifiante du tissu interstitiel, forme diffuse du cancer, envahissement de toutes les couches de la paroi stomacale, propagation rapide jusqu'à la surface du péritoine, telles sont les conditions qui rendent probable la récidive rapide à la suite de la gastrectomie. Ce qui fait la gravité, ce n'est pas la grande extension en largeur (le chirurgien ayant presque toujours enlevé bien au delà de la tumeur), c'est la propagation en épaisseur, propagation

qui est en rapport avec la variété histologique du cancer, et qui se fait généralement avec une grande rapidité. Sont particulièrement graves ces formes diffuses où le cancer infiltre rapidement toutes les couches de la paroi et atteint le péritoine et même les adhérences qui l'unissent aux organes voisins.

# CHAPITRE IV

## OBSERVATIONS

**Obs. I.** — Due à M. le D$^{r}$ Lion.

*Néoplasme du pylore. — Pylorectomie. — Guérison.*

Mme G..., âgée de 49 ans, vivant à la campagne, se présente à la consultation le 9 mars 1903.

*Antécédents.* — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à l'âge de 17 ans, mariée à 22 ans et mère de deux enfants bien portants, le mari étant lui-même bien portant, elle a dépassé depuis six ans l'époque de la ménopause. Elle raconte qu'elle souffre de l'estomac depuis trois ans.

Dès cette époque elle éprouve des brûlures au creux épigastrique, plus accentuées surtout une heure environ après les repas ; elle a fréquemment des vomissements trois ou quatre heures après les repas. Il lui semble que les aliments séjournent au niveau de la ceinture, et que la douleur irradie dans le côté. Depuis quelques mois les vomissements sont plus tardifs et surviennent de six à huit heures après les repas, parfois dans la nuit vers deux heures du matin.

*Etat actuel.* — La malade paraît de constitution vigoureuse ; cependant elle est tombée de 75 kilogrammes à 54 kilogrammes. Elle souffre actuellement d'une sorte de pesanteur de la région de l'estomac, douleur qui lui semble soulagée lorsqu'elle boit du lait.

La langue est blanchâtre. L'estomac n'est pas distendu par en haut. On perçoit le bruit de clapotage assez incertain un peu au-dessus de l'ombilic. On trouve par la palpation le long des fausses côtes gauches une surface dure, résistante, de 2 à 3 centimètres de hauteur à bords régulièrement tranchants qui paraît vers l'épigastre plus épaisse et plus arrondie. L'abdomen est souple. Constipation habituelle. Le foie paraît normal. Pas d'œdème. Pas de ganglions sus-claviculaires. On entend un souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou. Rien à signaler du côté des autres appareils.

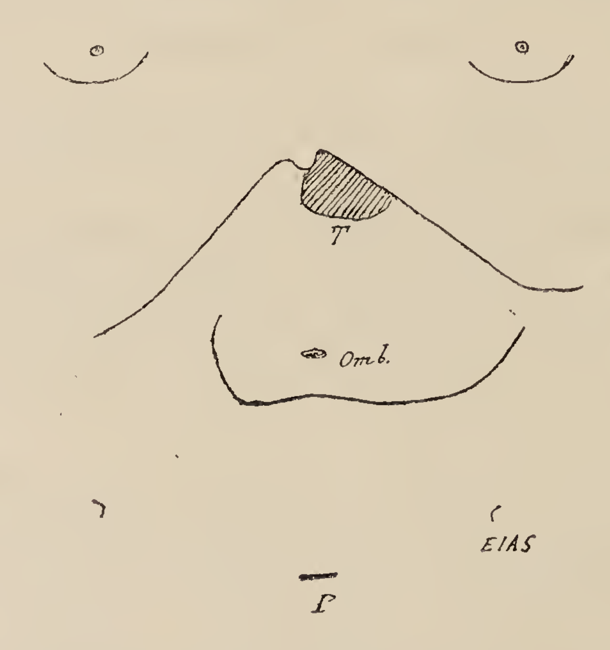
La malade entre salle Grisolle, est mise au régime lacté et n'a plus que de rares vomissements. Elle se plaint de coliques.

29 *mars* 1903. — On a fait une série de dix lavages d'estomac, dans

l'eau des lavages revient du lait caillé ; il est arrivé à la malade de prendre un œuf que l'on a retrouvé le lendemain.

Du côté de l'estomac on a toujours la même sensation de tumeur ; le bruit de clapotage est assez difficile à produire pour être nettement constaté jusqu'à l'ombilic. Insufflation : on a une sensation de tumeur irrégulière et bosselée au niveau de l'épigastre et fuyant sous les cartilages costaux gauches.

*Chimisme gastrique.*— Le liquide extrait à jeun est de couleur marron, formant un dépôt semblable à une poussière grisâtre. On y remarque des débris du repas fait la veille au soir à 7 heures (œuf à la coque,




viande, potage au vermicelle, 40 gr. de pain). Au microscope nombreux grains d'amidon et des fibres musculaires.

| | |
|---|---|
| A = 0, 219 | T = 0, 452 |
| H = 0, 014 | F = 0, 233 |
| C = 0, 205 | $\alpha$ = 1 |
| H + C = 0, 219 | T/F = 1, 93 |

Présence de peptones, pas de syntonine. Fermentation lactique.

Liquide extrait 60 minutes après le repas d'Ewald, abondant, jaunâtre, donnant la réaction de Gmelin.

| | |
|---|---|
| A = 0, 197 | T = 0, 299 |
| H = 0, 051 | F = 0, 146 |
| C = 0, 102 | $\alpha$ = 1. 43 |
| H + C = 0, 153 | T/F = 2, 04 |

Présence de peptones. Fermentation lactique.

La malade passe en chirurgie et est opérée le 22 avril 1903 par M. Gosset qui pratique une pylorectomie étendue par le procédé de Billroth, 2e manière.

*Opération.* — Laparatomie médiane sus-ombilicale. Incision du

péritoine pariétal. On place les écarteurs. Exploration de l'estomac : on observe à mi-chemin de la petite courbure une tumeur ligneuse qui adhère en avant au péritoine pariétal sur la lèvre gauche de l'incision. Ne pensant pas pouvoir faire une gastrectomie,on libère les adhérences avec le péritoine pariétal de façon à pouvoir abaisser l'estomac. Au niveau de ces adhérences l'estomac a dû être anciennement perforé, car on tombe dans une petite cavité par laquelle passent quelques gaz. On se met alors en mesure de pratiquer une gastrectomie. On effondre le grand épiploon et en explorant l'arrière-cavité on se rend compte que la tumeur adhère au pancréas, il sera possible cependant d'en pratiquer la libération. Le bord antérieur du foie est également adhérent sur une étendue de 4 centimètres : on libère ces adhérences en mangeant sur le tissu hépatique. On lie la coronaire stomachique le plus haut possible près du cardia. Après ligature par paquets du grand épiploon et de la gastro-épiploïque gauche, puis on sectionne l'estomac le plus haut possible entre deux clamps courbes. On cherche alors à rabattre à droite le bout pylorique qui est difficile à mobiliser et adhère au pancréas. Fermeture du bout cardiaque par un surjet à la soie fine : l'enfouissement est un peu pénible à la grande courbure où l'estomac a été coupé obliquement. On libère les adhérences pancréatiques, puis le pylore et deux groupes de ganglions importants sous et rétropyloriques.

Section du duodénum entre deux pinces. Fermeture du bout duodénal. On termine l'opération par une gastro-entérostomie antérieure, on attire l'intestin grêle au niveau de l'estomac trop rétracté ; il faut pour les sutures travailler très haut jusque sous la coupole diaphragmatique. L'anse grêle est fixée au méso-côlon. On met un drain au contact des sutures.

Durée totale de l'opération : 1 h.45, dont 32 minutes pour la gastro-entérostomie. Choroforme : 68 centimètres cubes.

L'examen histologique de la pièce a montré la nature néoplasique de la tumeur. La section a été faite dans les parties saines (examen histologique, page 56).

Les suites immédiates de l'opération ont été bonnes ; le lendemain la température est montée à 38° 1 le matin et à 38° 6 le soir, puis s'est maintenue au-dessous de 38° les jours suivants. Le pouls est resté régulier, peu accéléré. La malade a rendu des gaz le deuxième jour et eut une selle au quatrième jour avec un lavement.

Au dixième jour la température remonte brusquement le soir à 38° 2 : la malade ressent un point de côté à gauche ; on trouve de la submatité au niveau de la base gauche et on applique des ventouses à ce niveau. La température s'est maintenue à 38° pendant 3 jours puis est retombée à 37°. La malade s'alimente et ne souffre pas, les fonctions intestina-

les sont assez régulières, nécessitent parfois l'emploi des lavements.

4 *juin* 1903. — Les suites de l'opération n'ont été marquées par aucun incident. La malade a engraissé manifestement. Elle est pâle. La cicatrice adhère aux parties profondes à sa partie supérieure ; à la partie inférieure un petit orifice laisse suinter du pus. A la palpation, résistance des parties molles.

*Chimisme stomacal.* — 7 juin. Liquide extrait 60 minutes après le repas d'épreuve ; quantité 35 centimètres cubes, très jaune, gluant, d'odeur de beurre rance.

| | |
|---|---|
| A = 0.224 | T = 0.372 |
| H = 0.015 | F = 0.328 |
| C = 0.029 | $\alpha$ = 8.26 |
| H + C = 0.044 | T/F = 1.13 |

Peu de peptones. Réaction lactique très forte. Il est très probable que l'on n'ait pas extrait de l'estomac le liquide résiduel avant de donner le repas d'épreuve.

22 *mars* 1904. — La malade vient nous voir ; elle est dans un état très satisfaisant. Elle a repris son travail et pèse actuellement 74 kil.

8 *décembre* 1904. — Elle raconte qu'elle a eu une métrorragie abondante pendant tout le mois de juillet dernier. Elle va bien actuellement. On ne trouve pas de liquide dans l'estomac à jeun, cependant on a amené avec le tube un assez gros fragment de viande.

30 minutes après le repas d'épreuve on ne peut obtenir que 2 centimètres cubes d'un liquide bilieux sans traçes d'aliments.

4 *décembre* 1905. — La malade raconte qu'elle a pu continuer son travail sans autres incidents qu'un léger malaise qui la tient trois jours au lit en avril dernier. Elle pèse actuellement 65 kil. 680. On ne trouve rien d'anormal à l'examen des différents appareils, pas de ganglions.

Pas de liquide dans l'estomac à jeun.

18 *juin* 1906. — Mme. G... vient nous voir, dans un état de parfaite santé elle participe aux travaux des champs ; elle dit avoir aussi bon appétit qu'il y a dix ans. Les fonctions intestinales sont régulières. Poids : 63 kil. 500.

Le teint est coloré, la langue est humide et rosée. Les parois abdominales sont flasques ; on ne sent aucune tumeur à la palpation. L'estomac se vide très rapidement. Pas de ganglions. On ne trouve pas de liquide dans l'estomac à jeun.

**Obs. II.** — Due à M. le D[r] Lion.

*Néoplasme du pylore. — Pylorectomie. — Récidive.*

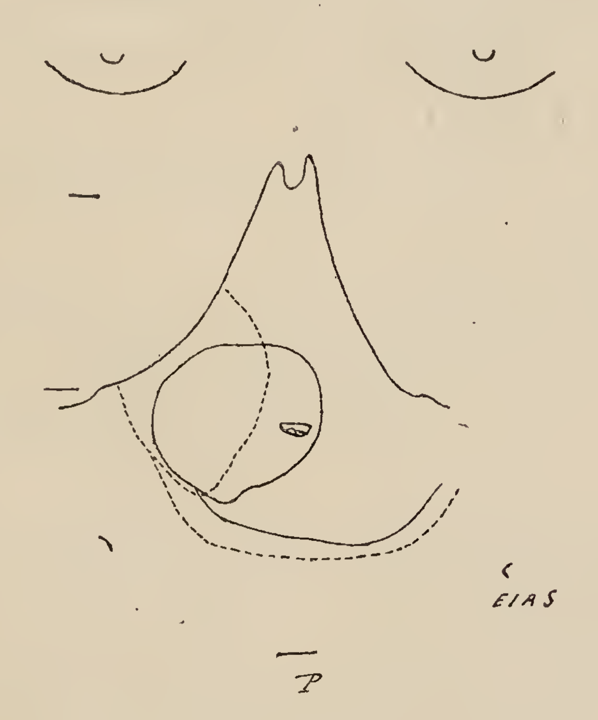
La nommée N..., fermière, âgée de 57 ans, entre le 13 janvier 1905 salle Grisolle, n° 24.

*Antécédents.* — Mère morte à 57 ans d'un cancer d'estomac. A eu 7 frères et sœurs, dont deux sont morts, l'un à 13 ans, porteur d'un mal de Pott, l'autre à 40 ans de tuberculose pulmonaire ; les autres sont bien portants. Mariée, a eu deux enfants, une fille bien portante actuellement et un garçon mort en bas âge de bronchopneumonie.

Toujours réglée régulièrement ; ménopause à 53 ans.

Pas d'habitudes alcooliques. Il y a 7 ou 8 ans la malade présenta des troubles dyspeptiques pendant une année environ, avec douleurs durant la journée, calmées la nuit, avec conservation de l'appétit, sans vomissements, mais avec des nausées et des pituites. Ni hématémèse, ni melœna.

*Maladie actuelle.* — La malade en fait remonter le début vers le commencement de novembre 1904. Vers cette époque elle commence à



éprouver des brûlures au creux de l'estomac, avec renvois acides persistant jusqu'à ce qu'elle ait vomi. Après avoir mangé, mais à intervalles assez irréguliers se produisaient des vomissements qui contenaient des aliments pris la veille. Ni hématémèse, ni melœna. L'appétit a beaucoup faibli depuis un mois. Sensation de soif persistante. Constipation habituelle : depuis 17 jours, malgré des lavements repétés, la malade n'a pas eu une évacuation. Elle a maigri surtout depuis un mois ; elle pesait autrefois 54 kilogrammes. ; elle en pèse actuellement 43.

*Etat actuel.* — La malade a l'aspect robuste, quoique amaigrie.

La langue est blanchâtre. La dentition est en mauvais état.

A l'inspection de l'abdomen, on note une profonde dépression épigastrique où se manifestent des battements pulsatiles ; au-dessous de cette dépression la région de l'ombilic forme une large saillie. Sans

qu'il soit nécessaire d'exciter la paroi, on observe des ondulations péristaltiques régulières qui prennent naissance à gauche de l'ombilic et viennent se perdre sous le rebord costal droit. La limite inférieure de l'estomac descend à 8 centimètres au-dessous de l'ombilic. Cette limite inférieure n'est pas très sensiblement abaissée par l'insufflation, qui dépasse légèrement la tumeur vers la droite. Bruit de clapotage gastrique à ce niveau.

Par la palpation on délimite à la région pylorique une tumeur, mobile dans le sens transversal, de forme cylindroïde, difficilement limitée en haut où elle plonge sous le rebord costal. Consistance dure, surface légèrement mamelonnée. La palpation n'est pas douloureuse.

Au-dessous de l'estomac on délimite par la palpation une sorte de boudin qui épouse le contour de la limite inférieure de l'organe et qui paraît être le côlon transverse.

Le foie mesure 11 centimètres de matité verticale au plessigraphe, allant de la 6e côte au rebord costal.

Pas de ganglions sus-claviculaires, on trouve à gauche et au-dessus de la clavicule une petite masse molle qui ne paraît pas être un ganglion. Petits ganglions inguinaux.

Rien de particulier du côté de l'appareil respiratoire et circulatoire : léger murmure au niveau de la jugulaire externe.

Les urines sont assez abondantes et ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Réflexes normaux. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

*Chimisme gastrique*, 15 *janvier* 1905. — Le liquide extrait à jeun est très abondant, plus de 400 centimètres cubes ; il se présente sous forme d'une bouillie alimentaire dégageant un odeur de beurre rance. Au repos il laisse déposer un fort culot dans lequel on remarque à l'œil nu une grande quantité de vermicelle, des œufs ingérés la veille à midi, de la viande ingérée la veille à 7 heures du soir. Au microscope de nombreuses fibres musculaires, des grains d'amidon, des colibacilles et de courts bacilles.

| | | |
|---|---|---|
| A = 0.446 | T = 0.423 | Peptones, moyenne. |
| H = 0.000 | F = 0.262 | Syntonine, présence. |
| C = 0.161 | $\alpha$ = 2.69 | Fermentation lactique et bu- |
| H + C = 0.161 | T/F = 1.61 | tyrique. |

60 minutes après le repas d'épreuve :

| | | |
|---|---|---|
| A = 0.094 | T = 0.248 | Liquide, abondant. |
| H = 0.000 | F = 0.182 | Peptones, faibles. |
| C = 0.066 | $\alpha$ = 1.42 | Sytnonine, présence |
| H + C = 0.066 | T/F = 1.36 | Fermentation lactique. |

*Opération* par MM. Terrier et Gosset. — Laparotomie médiane sus-

ombilicale. On découvre un néoplasme du pylore du volume d'un fort poing, mobile, avec granulations sur la séreuse qui entoure le pylore, mais on ne trouve pas d'autres noyaux secondaires. Le duodénum n'est pas envahi. On pratique une large pylorectomie d'une étendue de 6 centimètres sur la petite courbure et 17 centimètres sur la grande courbure. Billroth seconde manière, opération régulière. Durée de l'opération, 1 h. 30.

L'*examen histologique* de la pièce a montré la nature néoplasique de la tumeur (voir page 57).

Après l'opération, dont les suites n'ont été marquées par aucun incident, la malade revient dans le service pendant quelques jours. L'état général est bon, la malade conserve ce qu'elle mange et ne souffre pas. Cependant elle observe qu'après avoir absorbé une certaine quantité d'aliments elle éprouve la sensation que « son estomac est très rempli, que çà pourrait l'étouffer ». Cette sensation est surtout marquée après le repas du soir.

14 *février*. — La malade est sondée à jeun, on ne retire pas de liquide.

30 minutes après le repas d'épreuve, on essaie le tubage qui provoque des vomissements : le liquide est assez abondant, mal émulsionné, on y remarque de grosses bouchées de pain.

60 minutes après l'ingestion du repas, on obtient :

| | | |
|---|---|---|
| A = 0.036 | T = 0.194 | Liquide filant, épais, filtrant |
| H = 0.000 | F = 0.170 | difficilement, syntonine |
| C = 0.024 | $\alpha$ = 1.50 | présence. Peptone, traces. |
| H + C = 0.024 | T/F = 1.14 | Réaction lactique. |

31 *septembre* 1905. — La malade raconte qu'elle a été bien jusqu'à il y a 15 jours. Depuis ce moment, elle a remarqué que « son manger a de la peine à passer », et tous les deux jours se produisent des vomissements de bile pure sans traces d'aliments. On constate à la palpation de l'abdomen la présence d'une grosse tumeur, dépassant le volume d'une orange, irrégulière, dure, située entre l'ombilic et les fausses côtes gauches ; cette tumeur se déplace à peine pendant une grande inspiration. Cependant la malade ne paraît pas avoir maigri depuis l'opération.

2 *novembre* 1905. — La malade dit vomir environ tous les deux jours de la bile en quantité de plus en plus grande. Il n'y a pas d'amaigrissement très marqué.

La tumeur épigastrique paraît avoir augmenté et dépasse l'ombilic vers la droite.

La malade est morte chez elle le 15 décembre 1905.

**Obs. III.** — Due à M. le Dr Lion.

*Néoplasme du pylore. — Pylorectomie étendue. — Péritonite cancéreuse.*

Le nommé Ch..., terrassier, âgé de 38 ans, entre le 7 mars 1904, salle Rostan, lit n° 15 *bis*.

*Antécédents.* — Père mort à 42 ans d'un néoplasme de l'estomac.

Mère morte à 68 ans, subitement. Un frère mort à 22 ans, subitement. Aucune maladie antérieure.

*Début.* — En juin 1903, le malade a commencé à éprouver, particulièrement avant le repas du matin, une sensation de faim douloureuse qui a persisté pendant juillet et août, s'est atténuée et a disparu en septembre et octobre pour réapparaître en novembre et décembre. Pendant toute cette période le malade a continué à s'alimenter régulièrement, avec digestions faciles et selles régulières. Toutefois dès novembre il semble avoir eu quelques vomissements. En décembre ces vomissements deviennent presque quotidiens : ils se produisaient le soir quand le malade était couché et entraînaient une partie de la nourriture prise pendant la journée. A la fin de décembre les fringales disparurent, l'appétit tomba même complètement, les selles devinrent rares et pénibles, les matières dures et noires ; les digestions très lentes s'accompagnèrent de sensation de pesanteur à l'épigastre ; les vomissements persistèrent. En janvier 1904 ces derniers prirent à plusieurs reprises une couleur noire comme de la suie. Fin février, le malade commença à éprouver une heure après les repas des douleurs siégeant à l'épigastre et descendant le long du grand droit jusque vers le testicule gauche qui se rétractait. Ces douleurs étaient comparables à la pression d'un étau et duraient pendant une heure environ. Elles étaient calmées par le vomissement, qui contenait les aliments ingérés au repas précédent et dégageait une odeur de beurre rance, laissant à la gorge une sensation de brûlure acide. De temps en temps il offrait une teinte noirâtre.

*Etat actuel, 7 mars 1904.* — Amaigrissement prononcé : le malade a perdu 32 livres environ depuis le début de sa maladie. Les fosses zygomatiques et temporales sont excavées, les yeux excavés, les membres émaciés. La faiblesse générale est prononcée et tout travail est devenu impossible depuis 3 mois. Les téguments ont conservé leur élasticité normale. Pas de fièvre.

La langue est humide, légèrement blanche. L'appétit est assez bon. Le malade rend le jour de son entrée une grande partie des aliments digérés la veille et le matin.

L'épigastre fait une légère saillie. Le bruit de clapotage est assez

difficile à produire par suite de la tension intra-stomacale : on l'obtient cependant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La succussion hippocratique est très nette et l'on obtient facilement la sensation de flot. Ces excitations finissent par déterminer une contraction en masse qui soulève fortement la paroi dans la moitié inférieure de l'épigastre et jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La saillie ainsi formée s'affaisse d'abord à gauche de l'ombilic, se maintient encore quelques secondes à droite puis disparaît complètement. Exceptionnellement on aperçoit quelques contractions qui paraissent antipéristaltiques.

La constipation est opiniâtre, il n'y aurait pas eu de selle depuis 15 jours.

Aucun ganglion ni dans les aines, ni dans les aisselles, ni dans les creux sus-claviculaires. Le foie déborde très légèrement le rebord costal ; sa limite supérieure est à trois travers de doigt au-dessous du mamelon. Les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés. Poumons normaux. Ni sucre ni albumine dans les urines. Réflexes normaux. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

Le malade est mis au régime lacté absolu, avec un verre de lait toutes les 3 heures.

*Chimisme gastrique, 9 mars.* — Le malade est sondé à jeun. On retire 415 centimètres cubes de liquide chargé de résidus alimentaires reconnaissables à l'œil nu, débris de choux bien que le malade fût au lait depuis son entrée à l'hôpital. Au microscope, grains d'amidon, fibres végétales, sarcines et levures.

| | | |
|---|---|---|
| A = 0.321 | T = 0.350 | Peptone, présence. |
| H = 0.007 | F = 0.240 | Syntonine, un peu. |
| C = 0.110 | $\alpha$ = 2.85 | Acide lactique et acide acétique. |
| H + C = 0.117 | T/F = 1.45 | |

Puis le malade est soumis aux lavages d'estomac quotidiens et reste au régime lacté absolu. Depuis le 10, l'eau des lavages est de plus en plus propre et ne contient plus que du lait.

13 *mars.* — Après avoir complètement vidé l'estomac, on fait prendre au malade le repas d'éprevve que l'on extrait au bout de 60 minutes. On retire 115 centimètre cubes de liquide qui donne à l'analyse :

| | | |
|---|---|---|
| A = 0.109 | T = 0.248 | Peptone, présence. |
| H = 0.000 | F = 0.197 | Syntonine, néant |
| C = 0.051 | $\alpha$ = 2.13 | Acide lactique et acide acétique. |
| H + C = 0.051 | T/F = 1.25 | |

Le malade passe en chirurgie et subit le 21 mars une pylorectomie, opérée par le Professeur Terrier.

*Pièce.* — La pièce mesure 16 centimètres de long sur 12 de large, une

fois ouverte le long de la face postérieure. Elle comprend le pylore, une très courte portion du duodénum et un grand morceau d'estomac.

La lésion siège au pylore. La muqueuse présente sur le versant stomacal une ulcération très superficielle dont les dimensions dépassent à peine celles d'une pièce de 50 centimes, à bords arrondis, mais irrégulièrement contournés, à fond presque lisse. Autour de cette ulcération la muqueuse est légèrement épaissie. La face péritonéale est irrégulière, tomenteuse, garnie d'adhérences au milieu desquelles se trouvent plusieurs petits ganglions.

On pratique des coupes allant du duodénum vers l'estomac sain sur ces coupes. L'ulcération est très peu profonde · l'ulcère et les parties cancérisées présentent sur la coupe une longueur de 2 centimètres. Aucune saillie du côté de l'estomac. Le cancer se propage en profondeur vers la séreuse, il mesure 3 cent. 3/4 à la surface péritonéale. Il se propage dans les adhérences qui partent de la face profonde de la séreuse : une bride sectionnée renferme des cellules néoplasiques jusqu'à la surface de section. C'est enfin par la sous-séreuse que le néoplasme envahit le duodénum : il arrive ainsi à moins de 2 millimètres du point où le duodénum a été sectionné par le chirurgien.

Histologiquement, au niveau de l'ulcération le cancer se présente sous forme d'étroits boyaux ou de petites alvéoles, bordées de cellules cylindriques. Au delà de l'ulcération, dans la muqueuse, le cancer prend la disposition diffuse à cellules polymorphes et subit par places la dégénérescence colloïde.

La muqueuse dans les régions non cancérisées offre des plis épais et nombreux, elle présente des lésions de gastrite interstitielle subaiguë; les glandes présentent des cellules peptiques plus ou moins volumineuses, parfois avec deux noyaux, parfois ayant subi une dégénérescence vacuolaire. Dans la couche musculeuse (2 mm. 65 d'épaisseur), on voit d'épais faisceaux séparés par des cellules moyennement épaisses, parfois par des fentes linéaires.

Le malade revient de chirurgie le 17 avril ; les suites de l'opération n'ont été marquées par aucun incident. Le malade a même mangé presque gloutonnement. Il pèse 57 kilogrammes le 20 avril.

La cicatrice est adhérente aux parties profondes ; sur une largeur de trois travers de doigt les tissus sont résistants sur toute la hauteur. On constate à ce niveau, le 20 avril par la percussion, une sonorité hydroaérique et une certaine sensibilité à la palpation (péritonite localisée). La lésion inflammatoire évolue lentement. Le teint est bon, l'état général paraît satisfaisant, mais l'appétit diminue sensiblement.

La péritonite évolue rapidement et le malade est repassé en chirurgie, le 3 mai. Il y meurt le 21 mai de péritonite cancéreuse.

**Obs. IV.** — Due à M. le Dr Lion.

*Néoplasme du pylore. — Pylorectomie.*

Le nommé G..., tamisier, âgé de 47 ans, entre dans le service le 30 mars 1904, salle Rostan, lit nº 13.

*Antécédents.* — Père mort à 70 ans d'une fluxion de poitrine. Mère morte à 60 ans d'une maladie de foie. Un frère et 3 sœurs bien portants.

Rougeole à l'âge de 6 ans. Pas d'antécédents syphilitiques ni alcooliques. Marié, femme et quatre enfants bien portants. Reste lui-même bien portant jusqu'en janvier 1900. Vers cette époque, douleurs en aiguille à l'épigastre, durant de 10 minutes à une heure, sans aucun rap-



port avec l'alimentation. En mars 1900 survint une diarrhée intense pendant une quinzaine de jours, suivie de ballonnement du ventre.

A la fin de mars, reprise des douleurs en aiguille plus fréquentes, 5 à 6 fois par jour, mais de peu de durée. Pendant la digestion, nombreux renvois gazeux, mais jamais de vomissements. Pendant les années 1901 et 1902 le malade signale des pituites le matin et des douleurs à l'épigastre peu intenses. En février 1903 apparaissent les vomissements, vomissements alimentaires survenant irrégulièrement une fois par semaine environ, une heure après le repas du soir. Au mois d'août le malade vomit tous les deux jours, à 8 heures du soir, le vomissement étant annoncé par une sorte de pituite avec beaucoup de glaires. Il en est ainsi jusqu'en novembre. Il suit un traitement médical qui l'améliore un peu. Après une bronchite en janvier 1904, le malade voit son état s'aggraver en février, il a beaucoup maigri, il vomit out ce qu'il prend et a perdu ses forces.

*Examen.* — Le malade est très amaigri. Poids : 56 kilogrammes. Langue saburrale, l'estomac est dilaté et descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On constate qu'il se forme des ondes péristaltiques que le malade a observées sur lui-même depuis novembre dernier et qui se produisent dès que l'estomac reçoit des aliments, et l'on trouve une tumeur volumineuse, irrégulière, au niveau de l'ombilic. Le malade est constipé habituellement. Le foie et la rate paraissent normaux. Rien à signaler du côté des différents appareils. Ni albumine ni sucre dans les urines.

Insufflation : la limite inférieure de l'estomac descend à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic et la tumeur se déplace vers la droite de l'ombilic.

Examen du sang : globules rouges : 2.800.000 ; globules blancs : 10.000.

*Chimisme gastrique*, 2 *avril.* — Le liquide extrait à jeun se présente sous forme d'une bouillie épaisse, peu abondante. On ne trouve aucun aliment reconnaissable à l'œil nu. Au microscope graines d'amidon et paquets de fibres musculaires.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun | A = 0.175 | T = 0.438 |
| | H = 0.008 | F = 0.255 |
| | C = 0.175 | $\alpha$ = 0.95 |
| | H + C = 0.183 | T/F = 1.66 |

Peptones, présence. Syntonine, présence. — Réaction lactique.
60 minutes après repas d'épreuve.

| | |
|---|---|
| A = 0.102 | T = 0.240 |
| H = 0.007 | F = 9.131 |
| C = 0.102 | $\alpha$ = 0.93 |
| H + C = 0.109 | T/F = 1.83 |

Liquide abondant. — Présence de peptones et de syntonine. Réaction lactique.

Le malade passe en chirurgie et est opéré le 11 avril 1904 par M. Gosset, qui pratique une pylorectomie, avec fermeture de l'estomac et du duodénum, puis gastro-entérostomie en Y procédé de Roux.

Le malade meurt le 13 *avril* et à l'autopsie on trouve une péritonite purulente causée par l'insuffisance des sutures au niveau de l'implantation du bord inférieur de l'intestin sur l'estomac, un point mal serré au niveau de l'angle droit de la suture.

La pièce anatomique est de petites dimensions et le néoplasme paraît limité à la muqueuse. La section a été faite en tissu sain.

(Pour l'examen histologique voir page 59.)

**Obs. V.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Néoplasme du pylore. — Pylorectomie. — Décès.*

La nommée F. C..., âgée de 46 ans, cuisinière, entre le 23 janvier 1906, salle Grisolle, lit n° 31.

*Antécédents.* — Père vivant, âgé de 87 ans. Mère morte à 84 ans.

A encore 4 sœurs et un frère vivants ; un frère est mort à l'âge de 34 ans.

Pas de maladies d'enfance. Réglée à 17 ans, toujours régulièrement en général.

Mariée à 22 ans, mari mort à 33 ans d'une affection pulmonaire qui aurait duré 3 mois.

Pas de fausses couches.

A eu un seul enfant, un fils actuellement âgé de 19 ans.

N'a eu que trois époques menstruelles depuis le mois de juin 1905, la dernière (pertes abondantes) en janvier 1906.

*Histoire de la maladie : début.* — Le malade n'a, dit-elle, jamais souffert de l'estomac, à part quelques malaises et digestions un peu longues assez rares, et a toujours été en bonne santé jusqu'au mois de juin 1905.

Le 10 juin 1905, elle alla consulter un médecin, en se plaignant de perte de l'appétit, de ballonnement du ventre et de l'épigastre, d'envies de vomir continuelles. A ce moment elle n'avait encore eu que deux ou trois vomissements bilieux, amers, survenus longtemps après les repas. Ces phénomènes ne remontaient guère qu'à une huitaine de jours.

Le traitement suivi (lavements, cachets alcalins, frictions sur l'abdomen), n'amena aucun soulagement. Les troubles gastriques allaient en s'accusant davantage ; un mois après, les vomissements étaient plus fréquents, après le plus petit repas, l'estomac était le siège d'une pesanteur et d'un gonflement très pénibles ; la digestion était très longue.

Dès cette période la malade observa que dans ses vomissements du matin se trouvaient des aliments pris la veille.

La malade se mit à maigrir et a perdu ses forces, elle n'avait plus de goût pour les aliments, principalement pour la viande, dont le goût seul l'écœurait.

En octobre 1905, les vomissements devinrent quotidiens ; il arriva à la malade de reconnaître dans ses vomissements des aliments pris deux jours au moins auparavant. Après le premier déjeuner, il lui arrivait de vomir les aliments pris la veille.

Elle s'alimentait uniquement de laitages, de potages, de purées de légumes ; les œufs déterminaient aussi des vomissements. Parfois les vomissements se produisaient aussi la nuit. Avant de vomir, la malade éprouvait une sensation de tension et de gonflement de l'estomac ; le vomissement se produisait sans effort, il amenait le soulagement. Ni hématémèse, ni melœna.

Cet état se prolongea pendant plus de deux mois, en dépit des traitements et du régime suivis. Elle vint à la consultation le 21 janvier 1906, salle Grisolle, et entra dans le service deux jours après.

*Etat actuel.* — La malade, au moment de son entrée, se plaint de ressentir, immédiatement après avoir avalé quelque aliment, une pesanteur avec gonflement au niveau de l'ombilic ; elle dit n'être en repos que lorsque son estomac a été vidé par vomissement.

La veille encore elle a vomi à trois reprises.

Elle est de taille moyenne, amaigrie, les pommettes saillantes, le teint assez coloré ; elle dit avoir maigri beaucoup.

| | |
|---|---|
| Poids été 1904 . . . . . . . . . . . . . . . . | 55 kgr. |
| — — 1905. . . . . . . . . . . . . . . . . | 51 » |
| — décembre 1905. . . . . . . . . . . . . . | 47 » |
| — actuellement. . . . . . . . . . . . . . . | 42.900 |

*Tube digestif.* — La langue est grisâtre, humide. A l'inspection l'épigastre paraît déprimé, alors que la paroi péri-ombilicale est soulevée par l'estomac sous-jacent. Le soulèvement de la paroi est transversal, il est presque en totalité au-dessous de l'ombilic. Quand on fait avaler un verre de lait à la malade, on voit la limite inférieure de l'estomac se dessiner plus nettement et s'abaisser d'un travers de doigt.

Cette région est le siège d'un durcissement intermittent que perçoit nettement la malade.

Dans ces conditions la limite inférieure de l'estomac déterminée par la recherche du bruit de clapotage et l'inspection paraît être à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le clapotage est très net, à la même limite inférieure sur la ligne mamelonnaire droite.

La limite supérieure remonte jusqu'à 10 centimètres au-dessus du rebord costal sur la ligne mamelonnaire.

Le pylore paraît notablement abaissé ; la palpation à ce niveau ne décèle aucune tumeur profonde. La paroi est souple, sa tonicité est conservée.

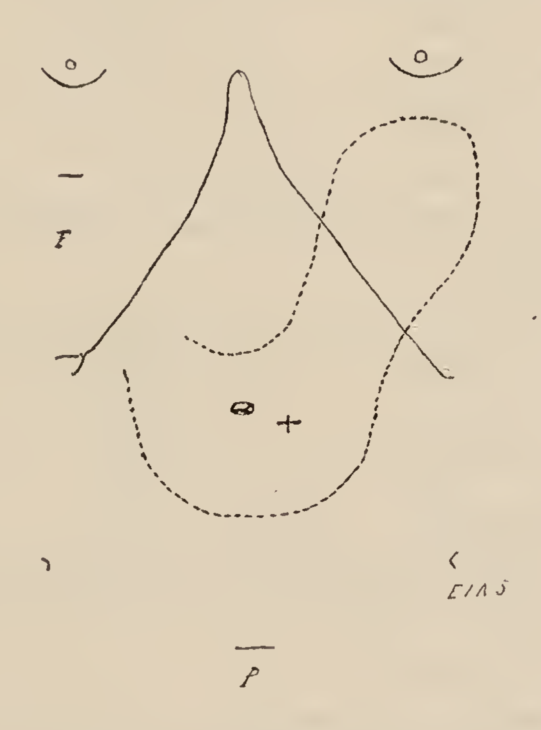
L'abdomen n'est pas ballonné, ni contracté. La malade est constipée à l'ordinaire.

*Foie.* — Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; limite supérieure à la 6e côte, matité verticale au plessigraphe : 9 centimètres.

*Rate.* — Non perceptible.

*Reins.* — Le rein droit est ptosé au premier degré fort.
Les urines sont limpides, peu colorées, de quantité moyenne.
Pas d'albumine.
*Cœur.* — Les bruits du cœur sont normaux.
*Poumons.* — Rien de particulier du côté des poumons.
*Système nerveux.* — Pas de signe d'Argyll. Réflexes rotuliens forts.
Pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale.
Pas de température. Pouls : 72.
24 *janvier.* — On a donné la veille au soir un repas peu abondant, lait, œufs, potage, pain.

Le lendemain, à 10 heures du matin, on retire une légère quantité d'une bouillie alimentaire épaisse où l'on reconnaît nettement la présence du pain.



Malgré que l'on ait retiré une certaine quantité du contenu de l'estomac, on trouve le bruit de clapotage à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On trouve sous les fausses côtes une surface tympanique de 6 × 12 centimètres.

*Insufflation.* — On pratique une insufflation moyenne et l'estomac se dessine sous la paroi ; il descend jusqu'à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic. Il est disloqué verticalement par abaissement du pylore.

Quand l'estomac est ainsi gonflé, il est le siège d'une agitation péristaltique de moyenne intensité, les ondes de contraction allant de l'ombilic vers le pylore.

25. — Lavage d'estomac à jeun : le liquide revient chargé de débris de lait, de pain surtout fortement reconnaissable avec une odeur rance très forte.

La malade se trouve soulagée par ce lavage.

26. — Lavage d'estomac : on trouve dans le liquide des débris abondants de lait, très forte odeur rance.

29. — On a continué les lavages le matin à jeun.

La veille au soir, repas complet.

Tubage le lendemain matin à jeun.

Hypopepsie, présence prononcée d'acide lactique.

*Chimisme gastrique*, 29 *janvier* 1906. — La malade à fait un repas la veille à 7 heures du soir.

Le lendemain matin à jeun, on retire un liquide très abondant, 761 centimètres cubes. Le liquide se présente sous la forme d'une bouillie très épaisse, dans laquelle on reconnaît très facilement des aliments.

Au microscope de nombreux grains d'amidon, une grande quantité de fibres végétales, des gouttelettes graisseuses.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun | A = 0.240 | T = 0.262 |
| | H = 0.000 | F = 0.094 |
| | C = 0.168 | $\alpha$ = 1.42 |
| | H + C = 0.168 | T + F = 2.78 |

Volume abondant. Syntonine, présence. Peptones, peu abondants. Acide lactique, présence.

60 minutes après le repas d'épreuve : Liquide abondant.

| | |
|---|---|
| A = 0.051 | T = 0.189 |
| H = 0.000 | F = 0.131 |
| C = 0.058 | $\alpha$ = 0.87 |
| H + C = 0.058 | T/F = 1.44 |

Volume abondant. Syntonine, présence. Peptones, traces. Acide lactique, présence.

Réaction lactique prononcée.

30 *janvier*. — Le poids de la malade est de 43 kil. 600. La radiographie, faite à l'hôpital Necker par M. Contremoulins, donne une image de l'estomac qui peut se superposer au schéma ci-dessus.

*Opération* le 7 *février* 1906, par M. Walther. — Incision sus et sous-ombilicale. L'estomac correspond à ce que l'on sentait à l'examen, il est très abaissé. On trouve au pylore une petite tumeur nettement circonscrite, avec adhérences à la vésicule biliaire. Pas de ganglions le long de la petite courbure, mais on trouve une petite chaîne ganglionnaire qui est réséquée, entre le duodénum et le pancréas. On pratique une pylorectomie étendue du côté de l'estomac ; fermeture en bourse du duodénum et de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure en Y. Durée de l'opération : 2 h. 15.

La malade meurt le vingtième jour après l'opération de pleurésie purulente.

**Obs. VI.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Cancer du pylore. — Pylorectomie. — Décès.*

Le nommé C..., âgé de 41 ans, représentant de commerce, se présente à la consultation le 31 janvier 1906.

*Antécédents.* — Père et mère vivants et bien portants actuellement; le père âgé de 64 ans aurait été trouvé diabétique il y a deux ans.

N'a qu'un frère âgé de 38 ans ; ce frère, bien qu'atteint d'une déformation vertébrale a 5 enfants.

Variole à l'âge de 5 ans. Blennorrhagie à l'âge de 18 ans.

Pas de syphilis probable.

Marié à l'âge de 23 ans, femme de santé délicate, 3 enfants âgés respectivement de 17, 11 et 1 an.

Sa femme a eu deux fausses couches après sa première grossesse.

Buvait d'ordinaire du vin le plus souvent coupé d'eau, 3/4 de litre environ par jour. Il y a dix ans, en Normandie, buvait régulièrement du café avec alcool , a cessé cette habitude depuis ce moment.

*Maladie actuelle.* — Le malade fait remonter à dix mois environ le début des troubles gastriques. En mai 1905, il accuse une indigestion suivie de vomissements et de diarrhée, après un repas à la campagne. C'est à partir de ce moment qu'il aurait remarqué des nausées le matin, des digestions pénibles, des troubles de l'appétit, une sensation de pesanteur de l'estomac plus accusée après les repas, vers 4 ou 5 heures de l'après-midi. Les nuits étaient bonnes.

Au mois de juillet, tous ces symptômes étaient très marqués ; le malade vit un médecin qui lui donna un régime et prescrivit des cachets alcalins.

Il séjourna 3 semaines à la campagne sans éprouver d'amélioration. Il commença à maigrir vers cette époque.

En octobre-novembre, le malade éprouvait de temps en temps des renvois peu abondants de liquide aigrelet, n'agaçant pas les dents ; ces renvois se produisaient principalement la nuit et le matin à jeun.

Rien de plus accusé qu'auparavant comme douleur d'estomac.

Il n'y aurait pas eu de melœna ; le malade n'a pas observé dans ses matières fécales la présence de grumeaux noirâtres, ressemblant à la suie, il avait des selles habituellement normales comme fréquence et quantité.

C'est à la fin du mois de décembre que surviennent des grands vomissements, se produisant plutôt la nuit vers 4 heures du matin. C'étaient des vomissememts alimentaires, qui étaient annoncés par une pesanteur de plus en plus pénible avec angoisse.

près le vomissement se produisait une sensation de bien-être.

y a un mois seulement, le malade éprouva une sensation de brûlure le long de l'œsophage, avant chaque repas ; tantôt cette sensation de brûlure était remplacée par une série d'éructations amenant à la bouche des gorgées de liquide très muqueux. A ce moment, série de 15 pansements au bismuth (15 gr.) qui amenèrent un soulagement.

L'amaigrissement augmentait, l'appétit diminuait de plus en plus ; les vomissements devenaient plus fréquents ; ils contenaient des débris d'aliments pris la veille (débris de viande et de pruneaux). Le malade éprouvait un véritable dégoût pour la viande, même pour les œufs. Il se nourrissait de potages , de purées , d'œufs , viande crue pulpée , de fruits cuits. Ni hématémèse ni melœna.

C'est dans ces conditions que le malade vint à la consultation le 31 janvier 1906.

*Etat actuel* : *examen*. — Malade de taille moyenne, le teint coloré, amaigri ; cependant continuant d'exercer son métier fatiguant de représentant de commerce.

Poids le 23 janvier (avec pardessus) : 62 kil. 500 ?

Actuellement (sans pardessus) : 56 kil. 500.

Au moment de l'examen il ne souffre pas de l'estomac.

*Tube digestif*. — La langue est blanchâtre, humide.

Dentition en assez bon état.

Haleine d'odeur désagréable.

*Estomac*. — L'épigastre est tendu, rendant difficile la recherche du clapotage. A la percussion et la palpation, l'estomac paraît petit, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Les fausses côtes font une saillie très appréciable et l'épigastre est déprimé :

La limite supérieure de l'estomac se rencontre à la 7e côte à 9 centimètres au-dessus du rebord costal sur la ligne mamelonnaire.

A l'exploration par la sonde, on retire une bouillie alimentaire très épaisse, obstruant la lumière du tube, bouillie où l'on reconnaît des débris de pain, de viande non digérée. On filtre et on étudie le liquide au point de vue de ses caractères chimiques (Cf. analyse).

Après avoir vidé en partie l'estomac, on pratique une insufflation très légère, le malade supportant encore difficilement le tube.

L'estomac se dessine mal sous la paroi contractée : par la percussion on voit qu'il se gonfle par la partie supérieure et que sa limite inférieure n'arrive qu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Abdomen souple, palpation facile. Constipation actuelle.

*Foie*. — Le foie mesure 9 centimètres à la percussion au plessigraphe sur la ligne mamelonnaire.

*Reins.* — Les reins ne paraissent pas ptosés. Urines de quantité moyenne. Claires, peu colorées. 1.250 centimètres cubes par 24 heures.

Urée : 26 grammes par litre.

Ne contiennent ni sucre ni albumine.

*Rate.* — On ne sent pas la rate et on ne peut la délimiter par la percussion.

*Cœur.* — La pointe du cœur bat dans le 5e espace. Bruits du cœur normaux. Pouls, 68.

*Poumons.* — Rien à signaler.

*Système nerveux.* — Pas de signe d'Argyll. Réflexes normaux.

Le malade aurait éprouvé avant ses vomissements des phénomènes de refroidissement des extrémités.

Pas de troubles de la sensibilité générale ni spéciale.

4 *février.* — A la suite de cet examen, on fait chaque matin, les jours suivants, un lavage d'estomac ; jusqu'à ce jour le liquide est toujours ressorti très sale, ramenant des débris d'aliments, de lait, de mucosités, odeur rance très prononcée.

On pratique aujourd'hui une insufflation de l'estomac : l'estomac se distend surtout en haut. La limite inférieure descend jusque vers l'ombilic. Grands diamètres : 12 × 24 centimètres.

Quant l'estomac est ainsi distendu par les gaz, on observe en excitant la paroi un durcissement intermittent très net, puis au bout de quelques minutes on voit se produire des ondulations péristaltiques. On observe que l'estomac se durcit d'abord, puisqu'une dépression se forme au-dessus de l'ombilic, cette dépression s'accentue et se déplace de haut en bas et de gauche à droite ; à un certain moment l'ombilic est comme attiré en haut par la contraction. Puis le relâchement de la paroi se fait pour qu'ensuite recommence le durcissement précédemment décrit.

Le liquide du lavage d'abord sale finit par ressortir absolument clair.

Le malade est resté les jours précédents au régime lacté avec 2 potages au lait par jour.

6 *février* 1906, examen chimique à la 60e minute de la digestion (Cf. analyse).

On vide l'estomac avant le repas d'épreuve : on retire deux grands verres et demi de liquide épais de couleur chocolat, renfermant des débris de lait ; on trouve également deux pépins de pomme intacts, dont le séjour dans l'estomac remonte à six jours.

10. — Poids : 56 kilogrammes.

16. — Poids : 55 kil. 700. Radiographié le vendredi 15 février ; on fait une série de piqûres de benzoate de Hg. Les matières sont devenues noires à la suite de l'ingestion de bismuth.

21. — Le malade a dû se mettre au lait à partir du lundi 19. Le samedi il avait mangé de la viande moulinée, des purées, des potages, pas de pain ; le dimanche soir vers 8 heures il se produisit un grand vomissement alimentaire, où l'on put constater la présence de débris de viande ingérée la veille à midi ; car le dimanche le malade n'avait pas pris de viande.

19 et 20. — Digestions pénibles.

Aujourd'hui le malade se trouve mieux en raison du régime lacté.

Poids : 55 kil. 600.

24. — Le malade n'a pas quitté le régime lacté depuis le commencement de la semaine. Il a vomi vers 5 heures ce matin le lait qu'il avait pris hier au soir.

Le malade est envoyé en chirurgie.

28. — Le malade revient à jeun depuis la veille au soir.

Avant-hier soir il a pris un repas ordinaire et a vomi abondamment vers 3 heures du matin.

La journée qui a suivi il est resté au lait et le soir, il a pris seulement un peu de pain.

Après avoir encore vomi la nuit dernière, il est tubé à jeun et l'on retire plus d'un litre de liquide contenant de nombreux débris de pain et d'aliments très reconnaissables à l'œil nu.

*Chimisme* : 31 *janvier* 1906. — Le malade a mangé la veille un peu de viande, du pain et des pruneaux. Le lendemain, on retire un liquide excessivement abondant (250 cc.) On aurait pu en retirer davantage, mais le tube est constamment obstrué et on est obligé d'arrêter le tubage. Ce liquide laisse voir à l'œil nu des morceaux de viande non digérés gros comme le bout du petit doit et des pruneaux presque entiers.

Au microscope, de nombreuses fibres musculaires et végétales, de nombreux grains d'amidon, des gouttelettes graisseuses.

| | |
|---|---|
| A = 0.328 | T = 0.474 |
| H = 0.015 | F = 0.226 |
| C = 0.233 | $\alpha$ = 1.34 |
| H + C = 0.248 | T/F = 2.09 |

Volume abondant. Syntonine, présence. Peptones, peu abondants. Acide lactique, présence.

Réaction lactique, nette. Réaction acétique, légère.

On n'a pas donné de repas d'épreuve au malade, ne pouvant vider complètement l'estomac.

4 *février* 1906. — On a vidé l'estomac du malade, à jeun depuis la veille 8 heures.

On retire à jeun un liquide abondant (577 cc.), véritable bouillie

alimentaire. On y trouve des pépins de pomme ingérés 8 jours auparavant.

| | | |
|---|---|---|
| 60' | A = 0.153 | T = 0.357 |
| | H = 0.051 | F = 0.167 |
| | C = 0.139 | α = 0.73 |
| | H + C = 0.190 | T/F = 2.14 |

Volume, à volonté. Syntonine, abondante. Peptones, moyennes. Acide lactique, présence.

Réaction lactique + réaction acétique malgré α faible.

*Chimisme en série* : 28 *février* 1906. — Le malade a mangé la veille un peu de riz au lait, deux œufs à la coque et un peu de pain (vomissements dans la nuit).

Le lendemain matin à jeun, on retire un liquide extrêmement abondant (1.127 cc.), avec beaucoup de résidus alimentaires visibles à l'œil nu (culot très fort ; résidus visibles de pain et de riz).

Au microscope, de nombreux grains d'amidon, une grande quantité de levures disposées en chapelet, des sarcines, des fibres végétales.

Examen du liquide à jeun au point de vue du suc pancréatique :

1° Protéolyse : néant.

2° Amylolyse : néant.

3o Stéatolyse : néant.

*Examen chimique* ; — A jeun.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | A = 0.262 | T = 0.496 | Volume, 1127 c/m³. |
| | H = 0.015 | F = 0.255 | Syntonine, présence. |
| | C = 0.226 | α = 1.09 | Peptones, abondantes. |
| | H + C = 0.241 | T/F = 1.90 | Acide lactique, présence légère. |

Réaction lactique,légère. — Réaction acétique,prononcée.

60' après le repas d'Ewald.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | A = 0.051 | T = 0.233 | Volume, abondant. |
| | H = 0.000 | F = 0.182 | Syntonine, présence. |
| | C = 0.051 | α = 1 | Peptones, peu abondantes. |
| | H + C = 0.051 | T/F = 1.28 | Acide lactique, présence légère. Réaction acétique, nette. |
| 90' | A = 0.094 | T = 0.270 | Volume, abondant. |
| | H = 0.000 | F = 0.182 | Syntonine, présence. |
| | C = 0.088 | α = 1.06 | Peptones, peu abondantes. |
| | H + C = 0.088 | T/F = 1.48 | Acide lactique, présence. Réaction acétique, légère. |
| 120' | A = 0.109 | T = 0.306 | Volume,abondant. |
| | H = 0.014 | F = 0.182 | Syntonine, présence. |
| | C = 0.110 | α = 0.86 | Peptones, peu abondantes. |
| | H + C = 0.124 | T/F = 1.48 | Acide lactique, néant. Réaction acétique,légère. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 150' | A = 0.138 | T = 0.343 | Volume, abondant. |
| | H = 0.022 | F = 0.189 | Syntonine, présence. |
| | C = 0.132 | α = 0.87 | Peptones, peu abondantes. |
| | H + C = 0.154 | T/F = 1.81 | Acide lactique, néant. Réaction acétique, légère. |
| 180' | A = 0.167 | T = 0.372 | Volume, abondant. |
| | H = 0.037 | F = 0.204 | Syntonine, présence moins marquée. |
| | C = 0.131 | α = 0.99 | Peptones, assez abondantes. |
| | H + C = 0.168 | T/F = 1.81 | Acide lactique, néant. Réaction acétique, nette. |
| 210' | A = 0.167 | T = 0.401 | Volume abondant. |
| | H = 0.029 | F = 0.219 | Syntonine, légère. |
| | C = 0.153 | α = 0.90 | Peptones, assez abondantes. |
| | H + C = 0.182 | T/F = 1.83 | Acide lactique, néant. Réaction acétique, nette. |
| 240' | A = 0.167 | T = 0.408 | Volume assez abondant. |
| | H = 0.029 | F = 0.233 | Syntonine, traces. |
| | C = 0.146 | α = 0.94 | Peptones, assez abondantes. |
| | H + C = 0.175 | T/F = 1.75 | Acide lactique, néant. Réaction acétique, assez prononcée. |
| 270' | A = 0.204 | T = 0.430 | Liquide muqueux, peu abondant. |
| | H = 0.014 | F = 0.270 | Traces de syntonine. |
| | C = 0.146 | α = 1.30 | Peptones, moyennes. |
| | H + C = 0.160 | T/F = 1.59 | Acide lactique, néant. Réaction acétique, prononcée. |
| 300' | A = 0.131 | T = 0.394 | Liquide muqueux, peu abondant. |
| | H = 0.015 | F = 0.321 | Traces de syntonine. |
| | C = 0.058 | α = 2 | Peptones, moyennes. |
| | H + C = 0.073 | T/F = 1.22 | Acide lactique, néant. Réaction acétique, prononcée. |

A 330' plus de liquide.

*Opération le* 3 *mars* 1906 par MM. Terrier et Gosset. Temps : 1 h. 45. Chloroforme : 73 centimètres cubes. Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Néoplasme du pylore avec ganglions rétropyloriques adhérant au pancréas ; toute la petite courbure est envahie. Il y avait une traînée blanchâtre allant à gauche du cardia, traînée inflammatoire d'aspect, c'est pourquoi l'on décide de faire une pylorectomie très large passant immédiatement à droite du cardia.

Fermeture de l'estomac près du duodénum.

Gastro-entérostomie antérieure. Drainage.

9 *mars*. — Après constatation de circulus viciosus, on pratique une jéjunostomie complémentaire.

Opérateurs : MM. Terrier et Gosset. Temps : 31'. Chloroforme : 26 centimètres cubes. On désunit l'ancienne cicatrice.

Dans l'abdomen pas trace de péritonite, mais par suite du petit volume de la portion restante de l'estomac l'anastomose est remontée très haut sous les fausses côtes et il y a une coudure à ce niveau. Le bout descendant est normal, pas très dilaté, mais il faut tenir compte de ce que le malade a été lavé 2 fois par jour. Cependant la paroi est assez faible.

Rien du côté du côlon transverse.

On fait une jéjunostomie complémentaire.

Sutures à la soie. Drainage.

Décès le 14 *mars* à 11 h. 1/4 du matin.

Autopsie. — Epanchement de bile et réaction péritonéale suppurée au niveau du drainage.

Rien dans la grande cavité péritonéale.

La cavité pleurale gauche contient 300 centimètres cubes environ de liquide sanglant.

Il existe vers la base du poumon gauche complètement hépatisée une rupture du parenchyme.

La pression à son pourtour fait sourdre du sang et sortir des caillots. On incise et l'on trouve un noyau purulent du volume d'une noix.

Il existe 4 autres noyaux purulents à la base gauche.

Rien au sommet ni au poumon droit.

Rien de particulier du côté des autres organes.

*Examen de la pièce*. — La pièce enlevée, vue du côté du duodénum, donne l'aspect du museau de tanche. Le pylore est occupé par une tumeur annulaire, de 4 centimètres de diamètre, ne laissant qu'une ouverture filiforme.

A la coupe, on voit que la tunique celluleuse est envahie par un cancer colloïde, substance colloïde transparente.

Du côté de la petite courbure, la section a été faite en tissu normal.

Du côté de la grande courbure, on retrouve du tissu néoplasique jusque sur la tranche de section.

Longueur de la pièce en partant du duodénum, 14 centimètres (12 cm. 1/2 en partant du pylore). Examen histologique, page 60.

**Obs. VII.** — Due à M. le Dr Lion

*Néoplasme du pylore. — Gastro-entérostomie.*

Le nommé B..., âgé de 49 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, annexe, salle St-Raphaël, lit n° 23, le 4 novembre 1901.

*Antécédents.* — Père âgé de 71 ans bien portant. Mère morte à 35 ans de fièvre typhoïde. Deux frères bien portants.

Il est veuf depuis 18 ans, il a eu trois enfants, morts, le premier à 7 mois d'infection intestinale, le second à 17 mois de méningite, le troisième à 10 mois de convulsions. Sa femme est morte, 8 ans après avoir eu son dernier enfant, de tuberculose pulmonaire.

N'a jamais été malade. Il a bu beaucoup depuis sa 20e année, jusqu'à 7 à 8 absinthes par jour. A l'âge de 45 ans il se modère et boit plutôt du vin.

Au mois de juin dernier, après avoir bu plusieurs litres de vin, il se met au lit et est pris d'étouffement, il provoque un vomissement qui aurait contenu du sang, ce qu'il n'a pu contrôler immédiatement faute de lumière. Il se serait endormi sans autre incident.

*Maladie actuelle.* — Jusqu'au mois de septembre 1900, il n'aurait éprouvé aucun trouble gastrique, pas même de pituites.

Au commencement de septembre, il commence à perdre l'appétit, il ressent après ses repas une brûlure au creux épigastrique, accompagnée de régurgitations d'aliments. Bientôt apparaissent des vomissements alimentaires abondants survenant tous les deux ou trois jours. Depuis le début d'octobre il vomit de suite les aliments solides ; il lui est arrivé de vomir des aliments pris deux jours auparavant. Il aurait maigri de près de moitié de son poids, ses forces diminuent et il se décide à entrer à l'hôpital.

*Etat actuel.* — Le malade est de taille moyenne, le facies est pâle et amaigri. Il ne souffre plus de brûlures. Il a un appétit assez capricieux, mais sans répugnance pour la viande ; il éprouve fréquemment des régurgitations alimentaires. Il est très constipé habituellement. Aucun tremblement des doigts ou de la langue. Rêves professionnels la nuit.

La langue est saburrale, humide. L'estomac descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on trouve le bruit de clapotage à ce niveau. Quand on excite l'estomac, on le voit se contracter et se dessiner sous la paroi, la contraction se fait soit en masse, soit par ondes péristaltiques. A la palpation on ne trouve aucune tumeur appréciable. Le foie mesure 10 centimètres de matité verticale. La rate n'est pas grosse. On ne trouve pas de ganglions, ni dans les aines, ni dans les aisselles,

ni au-dessus des clavicules. Rien de particulier du côté des autres appareils, ni albumine, ni sucre dans les urines.

Dès son entrée, le malade est soumis au régime lacté, 3 litres par jour, avec des lavages d'estomac quotidiens. Il faut plusieurs litres d'eau pour arriver à ce que le liquide revienne propre. Il ne s'est produit qu'à deux reprises des vomissements, les 10e et 15e jour de son séjour à l'hôpital.

*Examen du liquide stomacal* par M. Winter, chef de laboratoire à la Faculté, le 22 novembre 1901.

Liquide extrait 60 minutes après repas d'épreuve :

| | |
|---|---|
| A = 0.212 | T = 0.186 |
| H = 0.000 | F = 0.160 |
| C = 0.026 | $\alpha$ = 8.15 |
| H + C = 0.026 | T/F = 1.16 |

Liquide abondant, bien émulsionné, contenant des traces de peptones et présentant la réaction lactique.

*Examen du sang, 17 novembre.* — Polynucléose, 84.3 0/0. Le malade est opéré par M. Delbet qui pratique une gastro-entérostomie.

Les suites de l'opération n'ont été marquées par aucun incident. Le malade reprit son travail de garçon de café.

Trois mois après l'opération, le malade a été revu présentant des symptômes de généralisation, péritonite cancéreuse, et de cachexie.

## **Obs. VIII.** — Due à M. le Dr Lion.

*Tumeur pylorique. — Gastro-entérostomie. — Guérison.*

Le nommé O..., garçon de magasin, âgé de 39 ans, entre à l'hôpital le 15 juin 1903, salle Rostan.

*Antécédents.* — Père mort à 72 ans, asthmatique. Mère morte à 55 ans d'une affection pulmonaire aiguë. A eu 4 frères et sœurs, dont une sœur morte à 15 ans (maladie de cœur, paralysie) et une autre morte à 30 ans, les deux autres étant bien portants actuellement. Marié, sa femme est bien portante, et il a deux enfants également bien portants. Sa femme a fait deux fausses couches lors de sa première et sa 4e grossesse.

Malgré une constitution plutôt faible, le malade s'est toujours bien porté, il n'a pas eu de maladie grave. A l'âge de 17 ans, il eut un écoulement uréthral et un bouton sur la verge, il prit de la liqueur de Van Swieten et des pilules mercurielles. Depuis ce moment il n'eut aucun accident. Il buvait environ trois litres de vin par jour, et en moyenne un à deux petits verres d'alcool, des apéritifs (amers, absinthe) de temps en temps.

*Début de la maladie.* — Il y a dix mois le malade éprouva quelques troubles gastriques, sensations d'étouffement après avoir mangé, et intestinaux, débâcles liquides sans traces de sang où il aurait reconnu parfois des débris de légumes. Il fut mis au régime dyspeptique qu'il continua sans incidents pendant six mois. Il y a trois à quatre mois le malade eut à nouveau de la diarrhée, il allait à la selle deux à trois fois par jour, et se plaignait de souffrir après avoir mangé. A cet état succéda une constipation opiniâtre.

Il y a trois semaines, le malade eut des vomissements se reproduisant après tous les repas. Rapidement, il se mit à vomir tout ce qu'il prenait. Il reconnaissait ainsi des aliments pris par lui deux et trois jours auparavant. L'appétit a beaucoup diminué depuis deux mois, l'anorexie est devenue complète depuis que les vomissements sont apparus. Cependant il n'existe pas de dégoût particulier pour aucun aliment. Le malade a maigri de 16 livres environ depuis deux mois.

*Etat actuel.* — La malade paraît amaigri, il ne souffre pas, mais paraît très affecté par sa maladie. La langue est saburrale. A la palpation, on ne découvre aucune tumeur gastrique. On trouve le bruit de clapotage jusqu'au niveau de l'ombilic. Bruit de succussion très fort. L'abdomen est souple, non ballonné. Le foie est abaissé : il va du bord inférieur de la 6e côte à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Rien à signaler du côté des autres organes. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Réflexes normaux. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

20 *juin.* — Le malade est resté à la diète lactée depuis son entrée, il a eu de fréquents vomissements. Du côté de l'estomac on observe de l'agitation péristaltique. Le malade lui-même éprouve une sensation non douloureuse « comme quelque chose qui se gonfle », au-dessous des fausses côtes gauches et qui est surtout prononcée quand elle s'avance vers l'ombilic. A la suite le malade entend une sorte de bruissement, « comme quelque chose qui vient de se vider ». Puis il sent du liquide qui remonte jusqu'à la gorge et qui parfois amène une envie de vomir ; parfois même il y a rejet de glaires ou de lait caillé.

Avec une insufflation modérée, on voit la limite inférieure de l'estomac descendre à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La petite courbure est manifestement abaissée.

*Chimisme gastrique.*— Examen du liquide résiduel à jeun le 17 juin 1903.

Le malade a fait la veille un repas composé d'un peu de pain et d'un peu de viande ; le lendemain matin on retire 300 centimètres cubes de liquide d'odeur aigrelette, se présentant sous forme de bouillie jaunâtre où l'on reconnaît à l'œil des débris alimentaires, et qui donne à l'analyse les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| A = 0.423 | T = 0.365 |
| H = 0.000 | F = 0.357 |
| C = 0.008 | $\alpha$ = 52.87 |
| H + C = 0.008 | T/F = 1.02 |

Acide lactique et acide butyrique en abondance.

Après cette analyse on a fait tous les matins un lavage d'estomac. Le 19 au soir, nouveau lavage. Puis il fait un repas composé de très peu de pain et d'une petite quantité de viande. Le lendemain matin, on retire de l'estomac à jeun 2 à 300 cc.de liquide chargé de pain. Puis on donne le repas d'épreuve. Au bout de 60 minutes, on retire à volonté du liquide contenant du lait caillé, et donnant à l'analyse :

| | |
|---|---|
| A = 0.094 | T = 0.189 |
| H = 0.000 | F = 0.175 |
| C = 0.014 | $\alpha$ = 6.71 |
| H + C = 0.014 | T/F = 1.08 |

Présence de peptones. Acide lactique et acide butyrique.

Jusqu'au 30 juin le malade reste sommis aux lavages d'estomac, il s'alimente difficilement, car il vomit quotidiennement à plusieurs reprises.

Il passe en chirurgie, il pèse la veille de l'opération 42 kil. 700.

*Opération.* — M. le Pr Terrier pratique le 7 *juillet* une gastro-entérostomie postérieure, procédé de Von Hacker : on a découvert un néoplasme du pylore, assez limité, quoique envahissant la petite courbure et entouré de nombreux ganglions.

Les suites de l'opération ne sont marquées par aucun incident.

Les fonctions digestives intestinales s'accomplissent normalement, le malade a de l'appétit.

29. — Poids : 46 kilogrammes, et le 4 août il va passer une quinzaine de convalescence à Vincennes.

11 *juin* 1906. — O.. paraît en excellente santé, il pèse 51 kil. 500 et raconte qu'il n'a plus souffert de l'estomac depuis son opération. Dès sa sortie de Vincennes,il s'est remis au travail chaque jour de 4 heures du matin à 6 heures du soir. Il ne suit pas de régime spécial, il digère bien et va régulièrement à la selle. La langue est humide, rosée. La cicatrice sus-ombilicale est à peine visible. A la palpation on ne peut trouver aucune tumeur. Le rein droit est ptosé au 2e degré. La limite inférieure du foie est perceptible à la palpation et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt et demi ; le lobe gauche est légèrement hypertrophié ; matité verticale, au plessigraphe 13 centimètres. Petits ganglions dans les deux aines. Après ingestion d'un verre de lait, on ne peut déterminer ni bruit de clapotage, ni bruit de succussion. L'insufflation

légère montre que la petite courbure est abaissée, mais on ne peut déterminer nettement la limite inférieure de l'estomac.

18. — On pratique l'examen par la sonde : le tube n'est pas toléré à l'examen à jeun et 60 minutes après le repas d'épreuve on ne peut retirer que 7 à 8 centimètres cubes d'un liquide légèrement verdâtre, sans traces d'aliments. On propose un traitement spécifique que refuse le malade qui se trouve en parfaite santé et ne juge avoir besoin de suivre aucun traitement.

**Obs. IX.** — Due à M. le Dr Lion.

*Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie.*

Le nommé R..., âgé de 44 ans, ciseleur.

Entré le 25 juillet 1904, salle Rostan, lit n° 1.

*Antécédents.* — Femme bien portante. Un enfant mort en nourrice à un an.

A l'âge de 6 ans une voiture lui passe sur le ventre, il se remet très bien de cet accident.

Il a fait son service militaire en Afrique ; n'a pas de fièvres intermittentes, mais a eu la dysenterie. Pas de syphilis.

Pendant 5 ou 6 ans il a bu beaucoup de vin, mais jamais d'absinthe. Il buvait de 3 à 4 litres de vin par jour.

*Début de l'affection actuelle.* — Depuis 10 mois le malade se plaint de digestions pénibles, de sortes de pituites, principalement le soir.

Il mangeait encore, digérait bien, ne vomissait pas, mais ressentait des douleurs qui commençaient dans le bas-ventre et remontaient peu à peu jusqu'à la gorge.

Elles apparaissaient environ 2 à 3 heures après le repas, principalement après le repas du soir et duraient jusqu'au repas suivant ; l'empêchaient même de dormir. Elles s'accompagnaient d'expulsion de gaz par la bouche.

Quelque temps après le malade commence à avoir des vomissements, composés surtout des aliments ingérés dans la journée.

A ce moment il présente pendant quelques jours des phénomènes d'entérite simple.

Les douleurs persistent toujours dans le bas-ventre.

Depuis le début de la maladie, et à la suite de chagrins, le malade a présenté des symptômes de neurasthénie ; il devient nerveux, irritable, a des insomnies complètes.

Depuis douze mois le malade aurait maigri de 38 livres.

Pendant deux mois sur l'avis de son médecin il est allé à la campagne se reposer et s'est mis aux œufs et au lait. A la sixième semaine

il allait assez bien. Voulant se donner quelques forces, il se remet à manger un peu de viande et recommence à vomir. Il est très constipé.

*Etat actuel.* — Malade un peu pâle, amaigri, nerveux, a des nausées, des aigreurs, des éructations acides qui surviennent plutôt la nuit.

Il a perdu ses forces.

*Appareil digestif.* — L'examen est rendu difficile par la contraction de la paroi abdominale, de telle sorte que l'on ne peut se rendre compte s'il existe une tumeur.

On ne perçoit pas le bruit de clapotage.

Par l'insufflation, on constate que la grande courbure descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'estomac ne paraît pas très distendu par en haut.

*Foie.* — Ne déborde pas les fausses côtes.

Les deux canaux inguinaux sont un peu élargis, ils admettraient facilement l'extrémité complète de l'index, principalement à gauche. On note de ce côté une légère impulsion à la toux.

*Appareil respiratoire.* — Du côté de l'appareil respiratoire on note aux deux sommets et en avant une respiration légèrement soufflante, avec expiration prolongée à gauche. En arrière, abolition du murmure vésiculaire dans la fosse sus-épineuse droite.

Rien de particulier du côté de l'appareil circulatoire.

*Système nerveux.* — Principaux réflexes normaux, aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

26 *juillet* 1904. — On trouve par la palpation de l'hypocondre droit une tumeur dont on sent nettement le bord inférieur. Elle apparaît dure, mamelonnée.

Poids 1er août : 53 kil. 700.

*Chimisme* : 28 *juillet* 1906, à jeun. — Le malade a mangé la veille à 7 heures du soir, du veau, du bœuf et du riz. Le lendemain matin à jeun on retire de l'estomac à 7 h. 1/2 un liquide assez abondant (263 cc.), laissant déposer un culot assez fort dans lequel on remarque à l'œil nu du riz. On constate également la présence d'un peu de sang. Au microscope on aperçoit des globules de sang, des sarcines, de nombreux paquets de fibres musculaires, beaucoup de grains d'amidon, des coli-bacilles et des levures.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun. | A = 0.197 | T = 0.503 |
| | H = 0.080 | F = 0.292 |
| | C = 0.131 | $\alpha$ = 0.89 |
| | H + C = 0.211 | T/F = 1.72 |

Volume : 263 centimètres cubes. Syntonine, néant. HC libre, présence. Peptones, présence. Acide lactique, néant. Fermentation acétique, peu prononcée.

60 minutes après repas d'épreuve :

| | |
|---|---|
| A = 0.167 | T = 0.328 |
| H = 0.007 | F = 0.146 |
| C = 0.175 | $\alpha$ = 0.91 |
| H + C = 0.182 | T/F = 2.24 |

Volume, très abondant. Syntonine, présence marquée. HC libre, prononcée. Peptones, peu abondantes. Acide lactique, néant.

Fermentation acétique.

Le malade depuis le 28 juillet suit le régime suivant : il ne mange que des farines, de la chicorée cuite, du poisson frit (peau enlevée), lait.

Le 21 septembre il pèse 53 kil. 100.

*Chimisme* : 21 *septembre* 1904, à jeun. — Le malade a mangé la veille, du bœuf, des nouilles, du fromage et du pain.

Le lendemain matin à jeun, on retire un liquide assez abondant (152 cc.), ne laissant déposer qu'un très faible culot, dans lequel on ne remarque aucun aliment reconnaissable à l'œil nu.

Au microscope on remarque de nombreux paquets de sarcines, des levures et des grains d'amidon.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun. | A = 0.087 | T = 0.423 |
| | H = 0.015 | F = 0.321 |
| | C = 0.087 | $\alpha$ = 0.87 |
| | H + C = 0.102 | T/F = 1.31 |

Volume (152 cc.). Syntonine, néant, HC libre. Peptones, présence. Acide lactique, néant.

Légère fermentation acétique.

| | | |
|---|---|---|
| 60'. | A = 0.160 | T = 0.365 |
| | H = 0.044 | F = 0.189 |
| | C = 0.132 | $\alpha$ = 0.87 |
| | H + C = 0.176 | T/F = 1.92 |

Volume (125 cc.). Syntonine, présence, HC libre, présence. Peptones, présence. Acide lactique, néant.

Très légère fermentation acétique

*Opération* le 4 *octobre* 1904 par M. Gosset. — Durée 29'. Chloroforme : 42 centimètres cubes. Incision sus-ombilicale. Exploration de l'estomac : néoplasme du pylore, granulations cancéreuses sur la petite courbure, ganglions volumineux, infiltration œdémateuse de la grande courbure, granulations sur le méso-côlon transverse et le côlon transverse. La tumeur en elle-même est enlevable, mais à cause de cette granulation on se contente de faire une gastro-entérostomie postérieure. Fermeture de la paroi à la soie.

Les suites de l'opération n'ont été marquées par aucun incident et le malade quitte le service de chirurgie le 22 octobre.

Revenu chez lui, il s'est bien porté pendant une quinzaine de jours, puis s'est affaibli rapidement et est mort un mois après son retour de l'hôpital.

**Obs. X.** — Due à M. le Dr Lion.

*Néoplasme du pylore. — Gastro-entérostomie. — Décès.*

Ma..., camionneur, 70, ans entre à l'hôpital, salle Rostan, n° 6, le 23 mai 1905.

*Antécédents.* — Père mort à 75 ans. Mère morte à 60 ans de fluxion de poitrine. Deux frères morts à 60 et 63 ans ; 3 sœurs dont l'une serait morte à 80 ans.

Marié. Sa femme est bien portante. Il a perdu une petite fille à l'âge de 6 mois ; il a encore un enfant bien portant actuellement. Santé en général bonne. A eu des fièvres au régiment. Est sujet à l'asthme et à la bronchite.

Il a fait des excès alcooliques, mais est devenu sobre depuis déjà assez longtemps.

Aucune affection vénérienne.

*Début.* — Le début de la maladie actuelle paraît ne remonter qu'à six semaines : le malade a ressenti sous le mamelon gauche des douleurs très violentes. Il a appliqué sur la région douloureuse des cataplasmes sinapisés et a pris de la quinine. Un médecin lui a même appliqué des pointes de feu. Cependant il s'est mis à maigrir rapidement, et ses forces ont décliné de plus en plus. Il n'a eu que deux vomissements, il y a 3 ou 4 jours.

*Etat actuel.* — Le malade paraît considérablement amaigri. Les téguments sont pâles, de couleur blanc jaunâtre, ayant perdu une grande partie de leur élasticité. Il ressent des douleurs siégeant dans l'hypocondre gauche, remontant jusqu'au mamelon et même jusqu'à l'épaule du même côté. L'appétit serait conservé et les digestions se feraient bien.

La langue est blanchâtre, humide. La dentition est mauvaise : il ne reste que deux incisives en bas et quelques chicots en haut.

La région épigastrique est sensible à la palpation. En outre, la palpation permet de reconnaître l'existence d'une tumeur allongée, arrondie à sa partie inférieure, partant du tubercule de la dixième côte gauche, et se dirigeant vers la ligne médiane, donnant la sensation d'un bourrelet. Après insufflation, l'estomac paraît descendre jusqu'à l'ombilic. la tumeur semble s'être déplacée jusqu'à droite de la ligne médiane. A mesure que le malade rend des gaz, elle reprend peu à peu sa position primitive. Le ventre est souple : le malade est actuellement constipé. Il ne paraît pas avoir eu jamais de melœna.

Le foie a sa limite supérieure à la sixième côte. Sa limite inférieure se trouve, par la palpation, à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Matité verticale (percussion au doigt) 10 centimètres cubes. La rate n'est pas perceptible.

Les bruits du cœur sont assourdis, mais réguliers.

Du côté des poumons, on trouve à droite et en avant quelques frottements pleuraux avec une respiration rude ; en arrière et des deux côtés des sibilances, un peu plus marquées cependant à gauche, avec expiration prolongée.

Les urines sont de quantité moyenne, limpides, peu colorées, et ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

Réflexes normaux.

*Evolution de la maladie.* — Le malade n'a pas de fièvre, il est mis au régime lacté, puis à la viande moulinée le 25 mai. Un tubage à jeun le 26 mai permet de constater la présence de résidus alimentaires nettement reconnaissables à l'œil nu (riz). Au microscope, grains d'amidon, fibres musculaires assez nombreuses. Au spectroscope, présence de méthémoglobine.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun. | A = 0.085 | T = 0.389 |
| | H = 0.000 | F = 0.316 |
| | C = 0.073 | $\alpha$ = 1.16 |
| | H + C = 0.073 | T/F = 1.23 |

Quantité 10 cc. Syntonine, néant. Faibles traces de peptones. Fermentation lactique, nette.

Une heure après le repas d'épreuve :

| | |
|---|---|
| A = 0.109 | T = 0.129 |
| H = 0.003 | F = 0.102 |
| C = 0.124 | $\alpha$ = 0.85 |
| H + C = 0.127 | T/F = 2.24 |

Volume à volonté,presque pas d'aliments.Syntonine,présence.Faibles traces de petones.

Réaction lactique

30 *mai.* — On fait quotidiennement un lavage d'estomac qui ramène des débris alimentaires englobés dans du mucus.

La nuit, le malade souffre de crampes irradiant dans le côté gauche et de coliques.

Insufflation : l'estomac distendu ne descend pas au-dessous de l'ombilic. On trouve la tumeur à l'épigastre adossée à la ligne médiane et paraissant un peu plus élevée qu'avant l'insufflation.

2 *juin.* — Les lavages sont de plus en plus propres.On trouve la tumeur

exactement derrière l'ombilic. L'estomac clapote un peu au-dessous.

Le malade passe en chirurgie et est opéré le 6 juin.

*Opération* par MM. Terrier et Gosset. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Le néoplasme a envahi tout l'antre prépylorique sur une longueur d'un travers de main, avec adhérences profondes au pancréas, avec, du côté de la grosse tubérosité quelques noyaux de généralisation.

On attire le plus bas possible la grosse tubérosité et l'on pratique une gastro-entérostomie postérieure par le procédé de Von Hacker.

Durée totale de l'opération : 47 minutes.

Le malade meurt le 10 juin 1905.

**Obs. XI** (1). — Due à M. le Dr Lion.

*Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie.*

Le nommé D..., âgé de 50 ans, maçon, entre le 15 janvier 1905, salle Rostan, n° 18.

*Antécédents.* — Père mort à 78 ans, mère à 77 ans. A eu deux sœurs qui sont décédées, il subsiste un frère qui est bien portant.

Marié, femme bien portante, a perdu une petite fille de 13 mois atteinte de rougeole ; il lui reste 3 enfants vivants, bien portants.

Rien à signaler dans les antécédents personnels ; pas de maladies vénériennes, ne paraît pas avoir fait d'excès alcooliques.

*Maladie actuelle.* — Le malade fait remonter à environ 18 mois le début de l'affection actuelle. D'abord survint une perte de l'appétit de plus en plus marquée avec de rares vomissements. Depuis un an surtout se sont établis les symptômes suivants : appétit presque complètement aboli ; gêne épigastrique et sensation de pesanteur après les repas ; douleurs apparaissant par périodes de plus en plus rapprochées, survenant 2 à 3 heures après les repas, plus récemment pendant la nuit, prenant les caractères d'une torsion, d'une sorte de reptation ; enfin vomissements qui succèdent à ces douleurs, vomissements alimentaires, abondants, n'ayant jamais contenu de sang. Le malade estime qu'il a maigri de 7 à 8 livres depuis un an, il a perdu ses forces et a beaucoup pâli (palpitations, dyspnée d'effort).

*Examen.* — Le malade est peu amaigri, mais très anémié avec décoloration des muqueuses, les oreilles paraissent exsangues. Pas de teinte jaune paille caractéristique. Actuellement le malade souffre moins et vomit moins souvent. Il est plutôt constipé.

(1) Cette observation figure également dans la thèse de H. Français (Th. Paris, 1906. *De l'apepsie*).

A l'inspection de l'abdomen on observe une saillie de la région ombilicale qui paraît répondre à l'estomac sous-jacent ; cette saillie présente le phénomène de l'agitation péristaltique avant toute excitation de l'estomac ; ce phénomène devient plus marqué après excitation de la paroi. L'estomac suit les mouvements diaphragmatiques. Sa limite inférieure descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et l'on obtient le bruit de clapotage jusqu'à ce niveau. Limite supérieure au bord supérieur de la 5e côte. Malgré la défense de la paroi, on arrive à sentir à droite et au-dessous de l'ombilic une tumeur profonde dont il est impossible d'apprécier les détails.

Le foie paraît normal, ainsi que la rate. Le pouls est faible. Aucune lésion orificielle du cœur, souffle intense à renforcement systolique dans les vaisseaux du cou. Rien à signaler du côté de l'appareil respiratoire.

Les urines sont décolorées, de quantité normale, ne contiennent pas d'albumine, présence d'urohématine. Réflexes normaux. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

*Chimisme gastrique.* — Le malade a mangé la veille à 5 heures du soir un potage, des œufs, un peu de pain et une pomme.

Le lendemain matin à jeun, on retire un liquide assez abondant, 222 centimètres cubes ; se présentant sous forme de bouillie épaisse dans laquelle on remarque à l'œil nu des débris de pommes, des œufs, du vermicelle. Au microscope, des grains d'amidon et des fibres végétales.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun | A = 0.416 | T = 0.299 |
| | H = 0.000 | F = 0.299 |
| | C = 0.000 | $\alpha$ = 416 |
| | H + C = 0.000 | T/F = 1 |

Acidité due entièrement à l'acide lactique et à l'acide butyrique.

60 minutes après le repas d'épreuve :

| | |
|---|---|
| A = 0.233 | T = 0.211 |
| H = 0.000 | F = 0.211 |
| C = 0.000 | $\alpha$ = 233 |
| H + C = 0.000 | T/F = 1 |

Peptones, traces. Syntonine, traces.

Acidité due entièrement à l'acide lactique.

*Examen du sang.* — Globules rouges : 2.140.000. Globules blancs : 14.400. G = 0.46.

Globules blancs polynucléaires : 84/100 ; mononucléaires : 16/100, pas d'éosinophiles.

Le malade passe en chirurgie le 27 janvier.

*Opération* le 8 *février* 1905. — Incision médiane sus-ombilicale. Exploration de l'estomac : tumeur pylorique de la grosseur d'une orange,

avec ganglions manifestement néoplasiques. On pratique une gastro-entérostomie postérieure. Sutures à la soie fine. Fermeture de la paroi par plans séparés.

Bien que faible, le malade n'a pas présenté d'accidents post-opératoires.

Il revient dans le service le 25 *février*. Il est encore amaigri et très anémié. Les vomissements ont cessé et l'estomac se vide bien ; les fonctions intestinales sont régulières. Le malade pèse le 8 mars : 52 kil. 500. On lui administre du fer et de l'acide chlorhydrique. Le 15 mars, il pèse 53 kil. 200. Le 16 mars, le malade accuse une douleur dans la jambe gauche qui est le siège d'un léger œdème blanc, douloureux. On immobilise le membre dans une gouttière. Le 25 mars, l'œdème rétrocède et la douleur disparaît. Le malade s'améliore et paraît engraisser. Le 30 mars il pèse 55 kil. 490, et le 6 avril : 56 kil.600.

L'état général est satisfaisant.

*Chimisme gastrique* : après l'opération.

Liquide extrait 60 minutes aprè le repas d'épreuve, peu abondant :

| | |
|---|---|
| A = 0.007 | T = 0.148 |
| H = 0.000 | F = 0.240 |
| C = 0.008 | $\alpha$ = 0.86 |
| H + C = 0.008 | T/F = 1.04 |

Ni peptones, ni syntonine. Réaction lactique.

Le malade quitte l'hôpital le 10 avril dans de bonnes conditions.

10 *juillet* 1905. — Le malade est revu à la consultation. Il est très pâle et présente de l'œdème des jambes, œdème remontant jusqu'à la paroi abdominale où il est peu marqué. Il se plaint de gonflement après les repas, mais n'a pas eu de vomissements. La percussion de l'abdomen donne une sonorité hydro-aérique. La palpation découvre sur la ligne médiane une grosse tumeur à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette masse fait une saillie qui apparaît plus visiblement à chaque mouvement respiratoire.

7 *août*. — L'abdomen présente le même aspect. Le malade se plaint de douleurs dans les épaules et les côtés. Il a beaucoup maigri et a perdu l'appétit, le teint devient jaune paille.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume. Les plèvres sont libres. Mort chez lui le 21 septembre 1905.

**Obs. XII.** — Due à M. le Dr Lion (1).

*Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie. — Guérison.*

La nommée Fl..., âgée de 43 ans, infirmière, entrée le 11 juillet 1904, salle Grisolle, lit n° 26.

(1) Cette observation figure également dans la thèse de H. Français (T. Paris, 1906. *De l'apepsie*).

*Antécédents.* — Père mort à 50 ans de tuberculose pulmonaire.

Mère morte à 67 ans de fluxion de poitrine.

A eu 3 frères et sœurs, un frère mort de tuberculose pulmonaire, les autres bien portants.

Vers l'âge de 15 à 16 ans a eu un état fébrile qui aurait duré environ 2 mois.

*Maladie actuelle.* — Le début de l'affection actuelle remonte *à 2 mois*, époque à laquelle la malade a commencé à souffrir de points de côté et de douleurs vers la partie inférieure du thorax, à gauche et en avant.

Ces douleurs survenaient dans l'après-midi et duraient une heure ou deux.

Depuis un mois, douleurs épigastriques à différents moments de la journée le début des vomissements remonte également à un mois.

Le matin au réveil, elle éprouve une sensation de gêne retro-sternale et de tension épigastrique ; elle a des régurgitations d'un liquide filant et amer.

A 7 h. 1/2, elle mange un peu de soupe, cette gêne persiste, ne s'atténue que vers 11 heures.

Entre 11 heures et midi réapparaissent à nouveau les régurgitations amères.

Elle déjeune à midi sans appétit. Vers 1 heure la gêne épigastrique s'exagère, s'accompagne d'un ballonnement épigastrique considérable qui l'oblige à se dégrafer.

Cette sensation de pesanteur, de tension épigastrique persiste jusque vers 4 heures.

A 4 heures, elle est prise de vomissements alimentaires abondants, de saveur amère, il y a rejet de presque tout le déjeuner.

La viande est rendue telle qu'elle a été mangée la veille.

Le vomissement est suivi d'un soulagement immédiat.

Parfois ce vomissement de 4 heures n'a pas lieu et alors la gêne épigastrique persiste et s'accompagne de douleurs comparables à des crampes partant de l'épigastre et remontant le long du sternum.

Si elle a vomi, elle peut manger et dîner à 5 h. 1/2.

La sensation de tension et de ballonnement reparaît vers 7 heures, et s'accompagne de douleurs qui persistent toute la nuit, aussi la malade dort mal.

Lorsqu'elle n'a pas vomi à 4 heures elle a la plus grande difficulté à ingérer quelques aliments vers 5 h. 1/2. Vers 7 heures surviennent des nausées, des injurgitations de liquide amer, et à 9 heures du soir surviennent des vomissements suivis d'un sommeil plus calme que lorsqu'ils n'ont pas lieu.

Depuis 3 ou 4 jours les vomissements sont plus fréquents.

Dimanche dernier, 10 juillet, elle aurait eu 3 vomissements dans la journée : un à 4 heures, un à 9 heures, un dans la nuit.

N'a jamais vomi de sang.

Depuis 4 ou 5 mois se voit obligée de prendre des lavements pour aller à la selle.

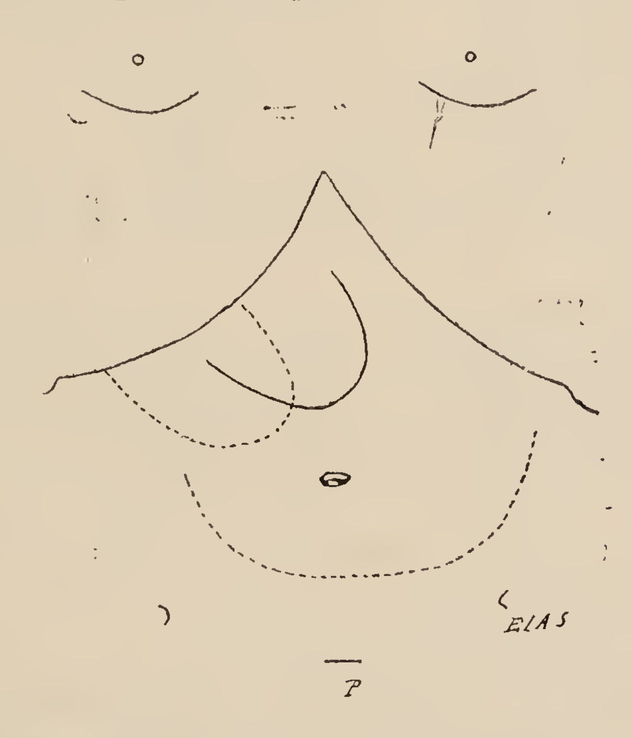
N'a jamais vu de sang dans ses selles.

Aurait beaucoup maigri depuis deux mois.

*Examen le 12 juillet.* — Malade amaigrie, pâle, aucun ganglion.

*Appareil digestif.* — Outre les symptômes vus antérieurement il faut noter que :

L'appétit est diminué depuis le début de l'affection, que la malade est obligée de se forcer pour manger.



En outre il existerait du dégoût pour la viande.

Langue saburrale.

A l'inspection de l'abdomen on ne note rien de particulier.

La palpation de la région épigastrique est douloureuse et les parois qui se contractent empêchent la palpation profonde.

Au-dessus et un peu à droite de l'ombilic, on perçoit une tumeur (Voir schéma).

L'estomac parait dilaté et descendre à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le bruit de succussion existe.

Le foie est normal ; il commence à la 8e côte et ne déborde pas les fausses côtes.

La rate n'est pas perceptible.

Les reins ne sont pas ptosés. Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Rien au cœur. Bruit de souffle continu dans les vaisseaux du cou.

Rien à signaler du côté de l'appareil pulmonaire ni du système nerveux.

On pratique l'insufflation le 13 juillet 1904 : on observe après l'insufflation que la tumeur s'est déplacée vers la droite, elle est devenue plus profonde, on la devine plutôt qu'on ne la sent.

*Chimisme gastrique* : 16 *juillet* 1904. — La malade a mangé la veille du tubage une côtelette, un œuf et du pain.

A jeun, on retire un liquide qui mis au repos laisse déposer un fort culot résiduel, dans lequel on remarque du pain et de petits morceaux de viande reconnaissables à l'*œil nu*.

Au microscope on remarque de nombreuses fibres musculaires, des grains d'amidon, en quantité, de nombreux bâtonnets de coli-bacilles.

| | | | |
|---|---|---|---|
| A jeun | A = 0.299 | T = 0.306 | Volume 72 cm³. |
| | H = 0.007 | F = 0.292 | |
| | C = 0.007 | $\alpha$ = 41.71 | |
| | H+C = 0.014 | T/F = 1.26 | |

Syntonine, présence très marquée. HCl libre. Peptones, traces. Acide lactique, présence.

Fermentation lactique prononcée.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 60 m. après | A = 0.058 | T = 0.211 | Volume : 103 cm³. |
| | H = 0.000 | F = 0.204 | |
| | C = 0.007 | $\alpha$ = 8.28 | |
| | H+C = 0.007 | T/F = 1.03 | |

Syntonine, présence marquée, HCl libre. néant. Peptones, traces. Acide lactique, présence.

Fermentation lactique très prononcée.

*Opération* le 29 *juillet* 1904 par M. Gosset, qui pratique une gastro-entérostomie postérieure.

L'opération n'a été suivie d'aucun incident et la malade sort guérie le 22 août : elle mange avec appétit et a augmenté de poids. Les fonctions intestinales sont régulières.

Après une convalescence d'une quinzaine, elle reprend son service d'infirmière.

6 *décembre* 1904. — La malade revient dans le service pour avoir un certificat car elle trouve que son travail d'infirmière est trop pénible pour elle, actuellement.

Son état général est bon.

Après être sortie de l'hôpital, elle est restée environ 3 semaines à Paris, puis est allée à la campagne où elle est restée 7 semaines.

Avant son départ, elle pesait 96 livres.

A son retour, elle en pesait 107.

Elle a augmenté par conséquent de 11 livres.

Elle est rentrée à Paris le 19 novembre et depuis a diminué de 6 livres. Elle ne pèse plus que 101 livres.

*A l'examen local* on trouve un ventre souple , une cicatrice non adhérente et on sent de la résistance à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane, qu'elle déborde de 1 centimètre à droite.

Nous avons appris sa mort en mai 1905.

**Obs. XIII.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Néoplasme du pylore. — Gastro-entérostomie.*

Le nommé G... âgé de 46 ans, dessinateur, entre le 17 juillet 1905 salle Rostan, lit n° 17 *bis*.

*Antécédents.* — Père mort à 76 ans, paralysé. Mère morte à 66 ans. Un frère bien portant. Rougeole et variole dans l'enfance. On aurait constaté du rachitisme dans le premier âge, à 7 mois. Puis vers l'âge de 6 ans troubles de la motilité du côté des membres inférieurs, avec guérison au bout de 6 mois.

Dans la suite il est redevenu agile, et n'a pas eu de maladie jusqu'à l'âge de 35 ans où il fit un séjour de trois mois à l'hôpital de Nancy pour un mal de Pott dorsal : il présenta des phénomènes de paralysie des bras et des jambes. Pas de troubles des sphincters. Depuis sa guérison il est resté bossu.

*Maladie actuelle.* — Depuis deux ans, le malade se plaint de souffrir du ventre et de l'estomac. Il ne paraît pas avoir d'antécédents dyspeptiques antérieurs. Il y a deux ans, il commença à éprouver vers 4 ou 5 heures de l'après-midi une sorte de gêne au niveau de l'épigastre ; bientôt la douleur s'accrut et lui donna la sensation d'un poids sur la région, avec irradiation vers l'hypocondre gauche. Il n'y a pas eu de vomissements jusqu'à il y a trois mois environ. Vers ce moment, se sont aggravés les troubles de l'appétit et la pesanteur de l'estomac devint parfois telle que le malade devait se soulager en provoquant un vomissement. Le malade a eu quelques vomissements spontanés composés d'un liquide très clair, filant, comparé à de l'eau de savon, à peine acide.

Eructations gazeuses fréquentes.

Constipation habituelle. Le malade dit avoir maigri d'une façon notable.

*Etat actuel.* — Le malade est de petite taille, le teint terreux, les pommettes à peine colorées. Il est porteur d'une cyphose dorsale avec une courbure de scoliose : la région de la cyphose n'est pas douloureuse à la palpation. Les mains sont légèrement cyanosées.

On trouve une déformation considérable du thorax qui est asymétrique, avec saillie prononcée du sternum en avant.

La palpation de l'estomac n'est pas douloureuse. La région de l'épigastre est le siège d'une tension intermittente, et l'on peut observer quelques ondes péristaltiques.

La partie supérieure de l'estomac est distendue par les gaz : limite supérieure à deux travers de doigt au-dessous du mamelon ; limite inférieure à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Rien de particulier à l'examen des autres organes. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale. Réflexes normaux.

A ce premier examen, on sonde l'estomac du malade qui a bu le matin un verre d'eau et a mangé très peu de pain : on retire une bouillie d'odeur forte et désagréable de coloration rosée.

Le malade est sondé à jeun le lendemain : il a mangé la veille au soir du pain, un oignon, du sucre.

On retire un liquide assez abondant, 94 centimètres cubes, laissant déposer un fort culot dans lequel on remarque à l'œil nu des débris d'oignon et beaucoup de pain. Au microscope, de grandes quantités de grains d'amidon, des fibres végétales, des sarcines, des hématies ; ce liquide est d'odeur nauséabonde, il filtre rapidement.

Il donne à l'analyse chimique les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| A = 0.087 | T = 0.313 |
| H = 0.000 | F = 0.233 |
| C = 0.080 | $\alpha$ = 1.08 |
| H + C = 0.080 | T/F = 1.34 |

Syntonine, néant. Peptones, traces. Acide lactique, néant.

Réaction acétique prononcée.

Une heure après le repas d'Ewald on obtient :

| | |
|---|---|
| A = 0.151 | T = 0.389 |
| H = 0.000 | F = 0.206 |
| C = 0.183 | $\alpha$ = 0.83 |
| H + C = 0.183 | T/F = 1.88 |

Volume, assez abondant. Syntonine, abondante. Peptones, traces légères. Acide lactique, présence.

Réaction acétique.

On décèle dans les matières fécales la présence très nette de sang par la réaction gaïac-térébenthine.

*Analyse du sang* : 24 *juillet* 1905 :

N = 4.247.000
R = 3.185.940
G = 0.75
GB = 5.270

Le malade est soumis au régime lacté et aux lavages d'estomac. Il passe en chirurgie le 29 juillet 1905.

Poids le 10 août : 44 kil. 800.

On fait l'analyse des urines avant l'opération ; elle donne les résul tats suivants :

Volume : 1.400 centimètres cubes dans les 24 heures. Densité 1.006.

Urée : 12 gr. 80 par litre.

Ni sucre, ni albumine.

*Opération* le 17 *août* 1905. — M. Gosset fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'exploration de l'estomac, on constate au niveau du pylore une induration circulaire sans aucune modification extérieure. Il n'y a pas de ganglions le long de la grande courbure ; l'organe est très mobile. La pylorectomie serait facile, mais paraît contre-indiquée en raison de la gibbosité et de l'état des poumons du malade. On fait donc le minimum d'intervention. On pratique une gastro-entérostomie trans-méso-colique postérieure, procédé de von Hacker. Durée de la gastro-entérostomie : 24 minutes. Fermeture de la paroi à points séparés avec de la soie fine.

Durée totale de l'opération : 32 minutes.

Quantité de chloroforme absorbé : 30 grammes.

Les suites de l'opération n'ont été marquées par aucun incident, sauf des vomissements bilieux peu fréquents, avec des renvois de gaz ayant une odeur d'œufs pourris. On fait une série de lavages d'estomac du 10 au 22 septembre.

25 *septembre*. — Le malade revient dans le service, salle Rostan, lit n° 17 *bis* : il se plaint de manquer d'appétit , il pèse 46 kil. 400.

Il vomit encore de temps en temps quelques gorgées de liquide bilieux. Rien de particulier à l'examen physique : la cicatrice sus-ombilicale est souple, non douloureuse, on ne sent pas de tumeur. Pas de bruit de clapotage à jeun, L'estomac paraît descendre à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les fonctions intestinales sont régulières.

10 *octobre*. — Le malade va bien, il augmente de poids. Poids 474 kil. 300.

17. — On fait un nouvel examen du suc gastrique à jeun et après le repas d'épreuve :

A jeun : liquide peu abondant, 28 centimètres cubes, bilieux.

| | |
|---|---|
| A = 0.051 | T = 0.372 |
| H = 0.000 | F = 0.299 |
| C = 0.073 | α = 0.69 |
| H+C = 0.073 | T/F = 1.24 |

Syntonine, traces légères. Peptones, peu abondantes. Acide lactique, présence légère.

60 minutes après le repas d'Ewald :

| | |
|---|---|
| A = 0.182 | T = 0.386 |
| H = 0.021 | F = 0.189 |
| C = 0.176 | $\alpha$ = 0.91 |
| H + C = 0.197 | T/F = 2 |

Volume, peu abondant. Liquide bilieux, Syntonine, présence abondante. Peptones, peu abondantes. Acide lactique, présence.

20. — Le malade rend plus ou moins régulièrement de la bile le matin; il ressent aussitôt après le premier repas du matin une sorte de gêne dans l'estomac, il éprouve en même temps une faiblesse générale qui l'oblige à s'allonger sur son lit ou dans un fauteuil.

15 *novembre*. — Le poids est stationnaire à 47 kil. 200. Le malade éprouve de temps en temps les mêmes phénomènes et vomit fréquemment de la bile le matin.

5 *décembre*. — Le malade a vomi de la bile ce matin et en même temps il a rendu des débris de carottes prises au repas de la veille au soir.

Les vomissements bilieux semblent s'espacer.

Il s'occupe à l'hôpital à des travaux d'écriture et de dessin.

15 *janvier*. — L'appétit est médiocre, avec un dégoût assez marqué pour la viande. Le malade a baissé de poids, il pèse actuellement 45 kil. 500. Il éprouve toujours après chaque repas une gêne dans l'estomac avec sensation de torpeur. Il rend encore le matin quelques gorgées de liquide bilieux.

3 *février*. — Les vomissements bilieux deviennent journaliers.

Rien de particulier à l'examen physique, pas de tumeur palpable, mais apparition de ganglions dans es deux aînes.

3 *mars*. — Les vomissements bilieux sont espacés tous les 2 ou 3 jours ; poids stationnaire.

15 *avril*. — Poids : 44 kil. 800. On fait un tubage à jeun qui ramène un liquide bilieux, d'odeur nauséabonde, contenant des débris alimentaires visibles à l'œil nu.

On fait une série de lavages d'estomac et ceux-ci ne ramènent plus que de la bile sans débris alimentaires.

15 *mai*. — Poids stationnaire. Le malade éprouve encore de fréquents malaises. Il peut aller et venir et s'occupe toujours à de menus travaux ; il reste debout toute la journée, aussi fait-il constater que ses pieds enflent légèrement le soir.

A l'examen physique, le malade paraît amaigri, le teint plutôt terreux. On ne sent pas de tumeur à l'épigastre.

L'appétit est faible. Le malade vomit facilement après ses repas.

1er *juin*. — Le malade se met au régime suivant : 4 œufs et 4 à

5 verres de kéfir par jour. Avec ce régime, il ne vomit plus, et n'a plus que rarement des renvois bilieux.

15. — Le malade a augmenté de poids de 800 grammes. Il se trouve mieux. On ne sent pas de tumeur à la palpation.

On trouve un chapelet de ganglions au-dessus de la clavicule gauche rencontant le long du sterno-mastoïdien. Les jambes sont facilement enflées le soir.

**Obs. XIV.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Néoplasme du pylore. — Gastro-entérostomie.*

Iv..., journalier, âgé de 62 ans, entre à l'hôpital le 29 juin 1905, salle Rostan n° 4.

*Antécédents.* — Père mort à 80 ans ; mère morte à 81 ans. Une sœur âgée de 67 ans, bien portante.

Pas de maladies d'enfance. A fait la campagne de 1870, pendant laquelle il a contracté une fièvre typhoïde soignée à l'hôpital d'Orléans ; à l'issue de cette maladie se sont manifestés des phénomènes de sciatique du côté gauche. Marié, il a une fille qui est bien portante. Pas d'antécédents éthyliques ou vénériens.

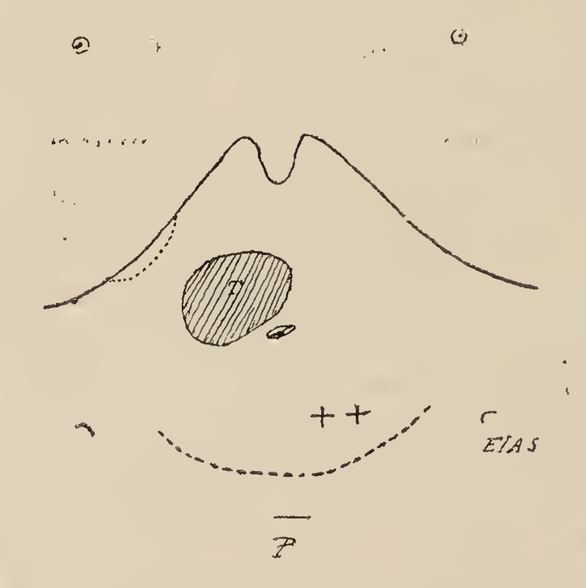
*Début.* — La maladie actuelle semble avoir débuté il y a trois mois environ par de la lenteur des digestions, des renvois acides et quelques vomissements. A cette période, les vomissements se produisaient environ 3 heures après le repas, d'une abondance moyenne, et contenant des débris alimentaires provenant du dernier repas. Peu à peu ils ont augmenté de fréquence, se reproduisant à intervalles irréguliers. Ils faisaient défaut à certaines périodes où le malade n'absorbait que du lait et des œufs. En général, ils n'étaient pas suivis d'un soulagement notable.

Pendant ce dernier mois, ils sont devenus beaucoup plus abondants, parfois bilieux, et renferment beaucoup de débris alimentaires provenant à certains moments d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant. Le malade dit enfin n'avoir jamais rendu de sang rouge ou digéré dans ses vomissements ou dans ses selles.

Peu à peu aux vomissements sont venues s'ajouter des douleurs au niveau du creux épigastrique, douleurs sourdes d'abord, puis plus intenses : ces douleurs surviennent deux heures environ après le repas et consistent en général en une sorte de pesanteur, en une sensation de tension de l'épigastre qui s'accroît jusqu'au moment du vomissement, et diminue ensuite. Pendant une demi-heure environ après le vomissement, persiste une sensation de brûlure assez vive le long de l'œsophage. Depuis le début de son affection, le malade a présenté un certain dégoût pour la viande, au point d'arriver à ne la plus tolérer.

*Etat actuel.* — Au moment de son entrée à l'hôpital, Iv.,. dit avoir maigri considérablement depuis les trois derniers mois : son poids est tombé de 67 kil. 500 il y a 5 mois à 56 kil. 400 le 26 juin. Il est de taille moyenne, le facies amaigri, les pommettes saillantes, très pâle sans qu'il y ait de teinte jaune paille des téguments. Le malade se plaint actuellement de douleurs violentes au niveau du creux épigastrique et irradiant au niveau des fausses côtes principalement à gauche : ces douleurs sont beaucoup plus marquées 2 à 3 heures après les repas. Les vomissements sont devenus quotidiens, ils sont suivis de pyrosis. En dehors de ces vomissements, le malade a de fréquents renvois de liquide légèrement acide.

*Examen physique.*— L'abdomen est évasé et saillant dans la région épi-



gastrique. Il paraît plus surélevé à droite de la ligne blanche. A la palpation, on sent un durcissement intermittent de la région du cardia, mais il n'y a pas de véritables ondulations péristaltiques. On perçoit, au-dessous de l'ombilic, l'existence d'une tumeur dont les 5/6 sont à droite de la ligne blanche : cette tumeur est dure, arrondie sous la main, non douloureuse, et se confond peu à peu avec l'estomac. L'estomac clapote à 8 centimètres au-dessous de l'ombilic, avec léger tympanisme à la partie supérieure.

*Insufflation.* — On trouve par l'insufflation que l'estomac a sa limite inférieure à 4 centimètres au-dessus du pubis et à 10 centimètres au-dessous de l'ombilic. La tumeur se déplace assez fortement vers la droite après insufflation et disparaît même sous les fausses côtes droites.

Le ventre est souple et non ballonné. Le malade est plutôt constipé.

Le foie a sa limite supérieure à la septième côte, il ne déborde pas le rebord costal.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Aucun trouble du côté du système nerveux.

Les urines sont peu abondantes, très foncées : elles ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Pas de température. Pouls : 72.

29 *juin*. — Le malade est mis au régime lacté absolu dès son entrée à l'hôpital. Il vomit à 4 heures de l'après-midi : le vomissement est abondant et contient des débris de lait caillé colorés par la bile. Abandonné au repos, le liquide vomi se sépare en deux couches, une couche supérieure spumeuse et filante, une couche inférieure contenant des débris alimentaires.

*Examen du sang* (méthode Hayem).

N = 3.596.000
R = 2.548.332
G = 0.70
GB = 7.735

peu de globules déformés.

30. — Le malade vomit son lait dans la soirée : le vomissement est presque aussi abondant que la veille, il contient un peu de lait non digéré.

2 *juillet*. — Le malade ayant encore vomi la veille, on pratique le matin à jeun un lavage d'estomac. Le liquide ramène de nombreux débris alimentaires colorés fortement en vert.

4. — On continue le lavage le jour suivant. Le 4 juillet, on trouve dans l'eau du lavage une grande quantité de résidus de lait colorés en vert par la bile, et quelques débris de feuilles vertes qui proviendraient de haricots mange-tout que le malade aurait mangés il y a 8 jours. Le malade est lavé à nouveau à 10 heures du soir et tubé le lendemain.

*Analyse du liquide stomacal*. — 1° Analyse du liquide extrait à jeun le 28 juin 1905.

Le malade a mangé la veille un œuf, un potage au vermicelle et un peu de pain. Le lendemain matin à jeun, on retire un liquide abondant, 132 centimètres cubes, grisâtre, laissant voir à l'œil nu des débris de pain et de vermicelle, puis des légumes verts que le malade dit avoir mangés il y a 8 jours environ. Au microscope, on voit de nombreux et volumineux paquets de sarcines, des fibres musculaires et végétales, des grains d'amidon. Le liquide ne dégage aucune odeur de putréfaction.

| | |
|---|---|
| A = 0.299 | T = 0.547 |
| H = 0.080 | F = 0.219 |
| C = 0.248 | $\alpha$ = 0.88 |
| H + C = 0.328 | T/F = 2.49 |

Peptones, moyennes. Syntonine, néant. Pas d'acide lactique. Réaction nette de l'acide acétique.

2° Analyse du liquide extrait 60 minutes après le repas d'épreuve, le 5 juillet 1985.

Le malade a été lavé la veille à 10 heures du soir, on retire cependant le lendemain matin à jeun un liquide abondant, 265 centimètres cubes, bilieux, contenant des résidus alimentaires visibles à l'œil nu. Après avoir retiré ce liquide résiduel, on donne le repas d'épreuve (60 gr. de pain rassis, 250 gr. de thé léger) que l'on extrait 60 minutes après. Ce liquide est abondant, coloré, filtre facilement : il a une réaction lactique faible, une réaction acétique prononcée.

| | |
|---|---|
| A = 0.138 | T = 0.335 |
| H = 0.007 | F = 0.208 |
| C = 0.120 | $\alpha$ = 1.08 |
| H + C = 0.127 | T/ F = 1.61 |

Peptones, peu abondantes. Syntonine en abondance.

Le malade a cessé de vomir à partir du 3 juillet. Il passe en chirurgie, salle Michon le 8 juillet. Pesé le 17 juillet, son poids est de 53 kil. 600.

*Opération* le 18 *juillet* 1905 par M. Gosset. — On pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un néoplasme du pylore avec noyaux de généralisation au-dessus du méso-côlon transverse et au devant du pancréas. De nombreuses petites granulations néoplasiques remontent le long de la petite courbure jusqu'à une grande hauteur. On décide alors de pratiquer une gastro-entérostomie transmésocolique typique.

Les suites de l'opération ont été très favorables. Le troisième jour après l'opération, on commence à alimenter le malade, progressivement, de telle façon qu'au bout d'une quinzaine il est arrivé au régime ordinaire. Il n'a plus ressenti aucune douleur, aucune pesanteur de la région de l'estomac et n'a plus jamais vomi : il déclare que ses forces reviennent de jour en jour et qu'il se trouve absolument guéri.

Examiné le 10 août 1905, Iv... paraît amaigri, pâle, les traits tirés. Il pèse 52 kilogrammes. La langue est humide, grisâtre. Le malade est porteur à la région épigastrique d'une cicatrice rosée, longue de 8 centimètres, allant de l'ombilic à l'appendice xiphoïde. Cette cicatrice est souple, sans adhérences profondes. La palpation à ce niveau n'est aucunement douloureuse. L'estomac ne clapote pas. Le ventre est souple non ballonné. Le malade n'a ni constipation ni diarrhée. Rien de particulier du côté des autres organes.

On pratique ce même jour une nouvelle analyse du liquide gastrique.

A jeun on retire seulement quelques centimètres cubes de liquide non acide, bilieux, sans résidus alimentaires visibles à l'œil nu ou au microscope.

60 minutes après le repas d'épreuve, on retire un liquide peu abondant, très bilieux, sans aucune trace d'aliments.

| | |
|---|---|
| A = 0.048 | T = 0.316 |
| H = 0.000 | F = 0.255 |
| C = 0.061 | $\alpha$ = 0.78 |
| H + C = 0.061 | T/F = 1.24 |

Volume : 16 centimètres cubes. Traces de syntonine et de peptones. Pas d'acide lactique. Pas d'acides gras.

Le malade quitte l'hôpital quelques jours après et nous écrit le 25 septembre :

« J'ai été pesé le 20 août : 52 kil. 750 ; le 27 août : 53 kil. 500 ; le 4 septembre : 54 kil. 500 ; le 11 septembre : 55 kilogrammes. Je ne vais pas aussi bien qu'à mon arrivée de Paris, la digestion est un peu difficile et je suis très faible. J'ai été voir mon médecin qui m'a fait un lavage d'estomac. »

Nous avons appris sa mort en juin 1906.

**Obs. XV.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Néoplasme du pylore. — Gastro-entérostomie.*

G..., mégissier, âgé de 57 ans, entre à l'hôpital, salle Rostan, lit n° 9, le 2 mai 1904.

*Antécédents.* — Père mort de fluxion de poitrine ; mère morte de cause inconnue. A eu cinq frères et sœurs qui sont tous morts ; l'un est mort de hernie étranglée, un autre d'entérite chronique, les trois autres de cause inconnue.

Le malade ne se rappelle pas avoir été malade dans sa jeunesse. Il a fait son service militaire en partie pendant la guerre de 1870, en partie en Afrique où il eut les fièvres. Puis il se maria et eut deux filles dont l'une est morte à 4 mois de bronchite, l'autre est vivante, anémique ; la mère est vivante et bien portante. Jusqu'à l'âge de 45 ans il n'eut aucune maladie. Il buvait alors un à deux litres de vin par jour, et très peu, dit-il, d'alcool ou d'apéritifs. A 45 ans, il eut une bronchite qui dura 4 mois. A partir de ce moment, sa santé parut commencer à s'altérer : il avait encore de bonnes digestions, un appétit satisfaisant, mais des diarrhées fréquentes. A 53 ans, il eut une pleurésie du côté gauche, soignée chez lui sans ponction. Puis rien de particulier jusqu'à l'âge de 56 ans ; mais depuis un an environ, le malade se plaignait parfois de douleurs qu'il qualifie de crampes d'estomac, survenant le plus souvent à jeun et la nuit. En même temps s'établissait une diarrhée persistante.

*Maladie actuelle.* — Il y a quatre mois, ces crampes firent trêve, mais

après avoir mangé, le malade avait des renvois très aigres, agaçant les dents. La diarrhée persistait, mais le malade observa que ses matières devenaient très noires, comparables, dit-il, à du marc de café. Cet état se prolongea, et, il y a deux mois, le malade subit une opération pour hydrocèle : à la suite de cette opération se manifesta une certaine amélioration de l'état général, qui lui permit de reprendre son travail. Mais depuis un mois, se sont manifestées, 3 heures environ après les repas, de très vives douleurs au niveau de la région épigastrique. Ces douleurs étaient en général suivies de grands vomissements très acides qui amenaient un soulagement immédiat. En même temps, l'appétit devenait de plus en plus faible et apparaissait un dégoût absolu pour le vin, les viandes et les graisses. Une constipation opiniâtre succède à la diarrhée. Le malade vomit tout ce qu'il prend, il perd ses forces et maigrit rapidement.

C'est en cet état qu'il entre à l'hôpital.

*Examen.* — Le malade est de taille moyenne, amaigri, le facies ridé, les pommettes rouges et les yeux excavés. Les conjonctives sont décolorées. La teinte générale des téguments est jaunâtre, terreuse.

Du côté de l'appareil digestif, les symptômes fonctionnels sont les suivants : vomissements quotidiens, le malade ne peut rien garder, ces vomissements sont glaireux, très acides, d'une odeur forte et désagréable : appétit nul, dégoût pour les viandes et les graisses : constipation. Il n'y a de douleurs qu'après ingestion d'aliments. Le malade remarque que son ventre est ballonné le soir.

La langue est blanchâtre, un peu sèche. La dentition est mauvaise, la plus grande partie des dents supérieures fait défaut.

Il y a une légère distension épigastrique, et, après excitation de la paroi, on observe des mouvements péristaltiques très nets.

L'estomac clapote au niveau de l'ombilic ; on sent très nettement au doigt ses limites inférieures.

Il y a du tympanisme à la partie supérieure.

La douleur à la palpation est localisée nettement sur le milieu et à droite d'une ligne allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic : à ce niveau on sent *une tumeur ovoïde* dont l'extrémité inférieure est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui de là remonte vers la ligne médiane et vers les fausses côtes droites.

Le ventre est souple dans toute son étendue, on trouve à la palpation de petites masses fécales dans la fosse iliaque gauche.

Le foie commence à la septième côte et ne déborde pas le rebord costal.

La rate n'est pas perceptible à la percussion.

Il n'y a rien d'anormal du côté des appareils circulatoire et respiratoire.

Les urines sont hautes en couleur, peu abondantes.

Additionnées d'acide nitrique, elles montrent un petit anneau d'acide urique et un fort disque d'albumine. Elles contiennent des pigments biliaires, pas de sucre.

Rien de particulier du côté des réflexes et de la sensibilité générale ou spéciale.

Le malade n'a pas de fièvre, le pouls est à 80.

Il est mis au régime lacté, mais vomit tout ce qu'il prend. Chimisme.

Le liquide extrait à jeun est assez abondant, 168 centimètres cubes il dépose un faible culot où l'on ne remarque aucun aliment visible à l'œil nu. Au microscope, fibres musculaires, grains d'amidon. Le malade a vomi avant de venir se faire tuber, il dit avoir vomi du lait.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun : | A = 0.211 | T = 0.489 |
| | H = 0.015 | F = 0.277 |
| | C = 0.197 | α = 0 99 |
| | H + C = 0.212 | T/F = 1.76 |

Syntonine, présence légère. Peptones, peu abondantes. Acide lactique, néant. Fermentation acétique.

60 minutes après le repas d'Ewald.

| | |
|---|---|
| A = 0.124 | T = 0.321 |
| H = 0.000 | F = 0.262 |
| C = 0.059 | α = 2.10 |
| H + C = 0.059 | T/F = 1.12 |

Volume : 262 centimètres cubes. Présence de syntonine. Traces de peptones. Réaction lactique, légère. Réaction acétique, prononcée.

8 *mai.* — Le malade a dû être nourri par des lavements alimentaires, il vomissait tout ce qu'il prenait.

Il commence à pouvoir tolérer un peu de lait.

*Opération* le 12 *mai* 1905 par MM. Terrier et Gosset. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Néoplasme du pylore avec noyau secondaire dans le côlon transverse et petits noyaux dans le petit épiploon.

Gastro-entérostomie postérieure simple. Durée : 31 minutes.

Fermeture méthodique de la paroi.

10 *juin* 1905. — Le malade est revu, paraissant manifestement amélioré. Les fonctions intestinales sont régulières et les douleurs ont disparu Le malade se dit capable de pouvoir bientôt reprendre son travail. Poids : 63 kilogrammes.

12. — Le malade est tubé à jeun : on retire quelques centimètres cubes d'un liquide bilieux de réaction neutre, sans résidus alimentaires visibles à l'œil nu.

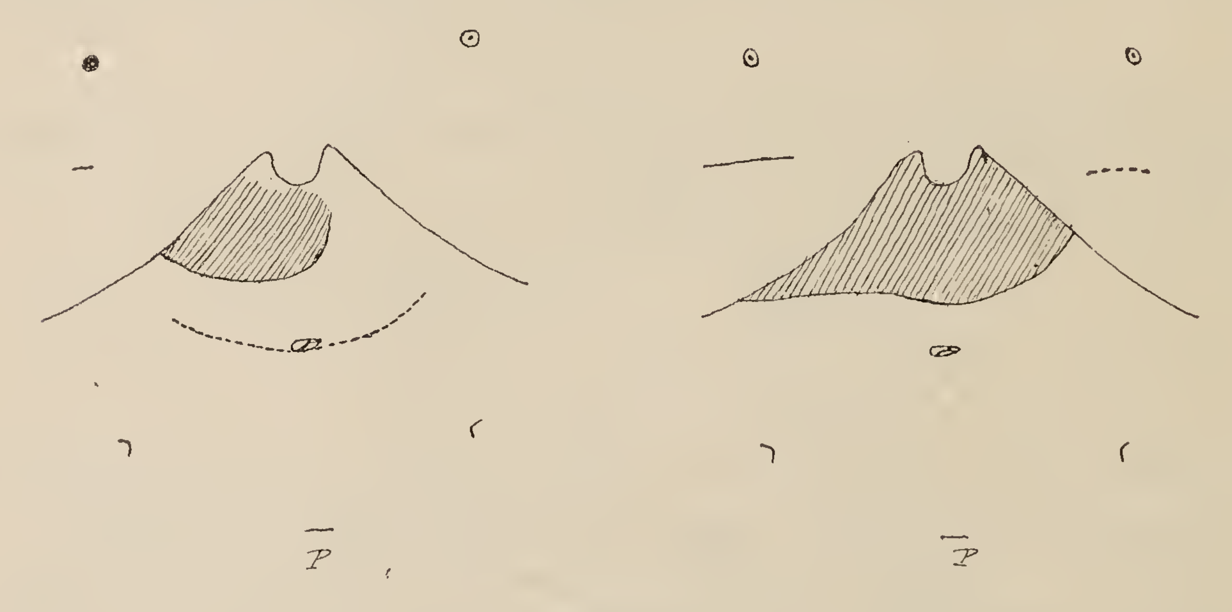
60 minutes après le repas d'épreuve :

| | |
|---|---|
| A = 0.065 | T = 0.357 |
| H = 0.000 | F = 0.306 |
| C = 0.051 | $\alpha$ = 1.27 |
| H + C = 0.051 | T/F = 1.16 |

Quantité du liquide, 18 centimètres cubes, très bilieux, sans traces d'aliments. Traces de syntonine. Pas de peptones.

Réaction lactique.

29 *mai* 1906. — Le malade revient nous voir : il raconte qu'aussitôt après avoir quitté l'hôpital il a repris son métier de mégissier et qu'il est resté en parfaite santé jusqu'à il y a trois mois. A partir de ce moment il a éprouvé des malaises assez fréquents qui l'ont obligé tous les 15 jours environ à prendre un ou deux jours de repos. Il a eu à des intervalles assez éloignés des vomissements bilieux, jamais de vomis-



sements noirs. Il est très constipé. Il se nourrit exclusivement d'œufs, de laitage, de légumes, un peu de poisson, il éprouve pour la viande un dégoût presque absolu.

Il pèse actuellement 59 kil. 700.

Le malade paraît peu amaigri, le facies est coloré, les yeux toujours excavés. Ses forces lui permettent encore de travailler comme avant sa maladie, en dehors des quelques journées d'indisposition qu'il nous signale.

La langue est humide, rosée. On peut délimiter l'estomac dans sa partie supérieure jusqu'au 6[e] espace intercostal. La cicatrice sus-ombilicale est à peine visible, souple, mobile sur les parties profondes. A la palpation on délimite dans la région épigastrique une surface dure, à bord inférieur tranchant, surface hérissée de bosselures, qui suit les mouvements de la respiration et qui fait corps avec la matité hépatique. Cette surface, paraissant faire corps avec le foie, dépasse la ligne

médiane de 10 centimètres vers la gauche, elle mesure 12 centimètres de hauteur sur la ligne médiane, et descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sur la ligne mamelonnaire à droite la matité verticale mesure 8 centimètres. On trouve des ganglions de petit volume dans les deux aînes et dans le creux sus-claviculaire gauche.

L'état général paraît cependant assez bon malgré l'évolution du néoplasme.

**Obs. XVI.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Néoplasme du pylore.— Gastro-entérostomie.*

Berg... maçon, âgé de 58 ans, entre à l'hôpital,salle Rostan, n° 15 *bis*, le 29 mai 1906.

*Antécédents.* — N'a jamais connu son père. Mère morte à l'âge de 30 ans environ, le malade ignore de quelle maladie. Un frère âgé actuellement de 60 ans, et une sœur âgée de 50 ans, que le malade a perdus de vue.

Aucune maladie antérieure ni dans l'enfance, ni dans l'âge adulte. Ne paraît pas avoir d'antécédents syphilitiques. Marié, a eu 11 enfants dont 6 sont morts dans le premier âge, les 5 autres sont bien portants. Mère vivante et bien portante.

Buveur de vin, il en absorbait environ un litre par jour ; jamais d'apéritifs.

*Début.* — La maladie semble avoir débuté d'une façon brusque il y a 6 mois par des vomissements : depuis quelques jours cependant le malade avait eu le matin des renvois amers ; puis survint deux heures après le repas de midi un grand vomissement alimentaire. C'est à partir de ce moment que le malade commença à souffrir de l'estomac. La douleur survenait presque immédiatement après les repas : c'était une sorte de pesanteur qui allait jusqu'à devenir intolérable et se trouvait soulagée par le vomissement. Peu à peu la région épigastrique devint sensible à la pression et à la constriction des vêtements. Les vomissements qui ne se produisaient au début qu'une fois tous les 4 ou 5 jours augmentèrent bientôt de fréquence, jusqu'à se reproduire quotidiennement presque après chaque repas : ils étaient habituellement précédés d'une sensation d'oppression et d'étouffement,le malade se rendant compte que son estomac durcissait et se contractait. Parfois ces douleurs précédant le vomissement étaient telles que le malade, pour y mettre un terme, se faisait vomir de lui-même en déprimant du doigt la base de la langue. Le malade maigrissait rapidement : son appétit parut s'altérer, en raison surtout de ses vomissements continuels, mais sans dégoût particulier pour les viandes ou d'autres aliments. Il se

nourrissait plus volontiers de laitages, de potages et d'œufs. Constipé d'ordinaire, il vit cet état s'accentuer au point de ne pas aller à la selle parfois pendant 8 jours. Il ne paraît pas avoir eu jamais d'hématémèse ni de melœna.

*Etat actuel.* — Examiné à son entrée à l'hôpital, le malade paraît pâle et amaigri, le facies ridé. Il se plaint de souffrir de l'estomac d'une façon continuelle, avec maximum deux heures environ après le repas, à ce moment la douleur est soulagée par le vomissement spontané ou provoqué. Au moment du vomissement le malade a la sensation que l'abdomen tout entier devient douloureux.

Du côté du tube digestif, on trouve la langue grisâtre, saburrale au centre : la dentition est en mauvais état. Il ne reste au malade en haut qu'une canine et une incisive, en bas deux molaires seulement. Le palais est ogival.

La région épigastrique est tendue, globuleuse : cette distension épigastrique forme une saillie médiane. L'estomac se dessine nettement sous la paroi sous forme d'une tumeur à grand axe transversal. A la palpation, on a la sensation d'une tumeur arrondie, élastique, ressemblant à un ballon de caoutchouc tendu. La palpation détermine une douleur très vive dans l'hypocondre droit, principalement au niveau d'une ligne allant de l'ombilic aux fausses côtes. On perçoit nettement le bruit de clapotage à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On observe d'une façon très nette le phénomène du durcissement intermittent de l'estomac, avec des ondes péristaltiques, et cela très facitement en excitant la paroi d'un petit choc. La région cardiaque se déprime fortement, la dépression s'accentue peu à peu dans la direction du pylore où la région garde un certain degré de tension.

A la percussion, la partie supérieure de l'estomac est tympanique ; on y trouve un bruit hydroaérique net. Le ventre paraît ballonné, tendu, sonore dans toute son étendue. Le malade est très constipé actuellement.

Au niveau de la région sus-claviculaire droite, on trouve une chaîne de ganglions durs et arrondis ; on ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes et ne paraît pas gros.

La rate n'est pas perceptible à la percussion.

Du côté de l'appareil circulatoire, le cœur paraît normal, les bruits sont fortement claqués, sans lésions orificielles. Les artères sont dures, un peu flexueuses. Le pouls est dur, tendu, il bat par séries de 7 à 8 pulsations séparées par un léger intervalle qui semble une pulsation avortée.

Du côté de l'appareil respiratoire, on trouve de l'emphysème. Le

thorax est globuleux, la respiration est de tonalité basse, avec expiration un peu soufflante et prolongée, sans bruits adventices.

Les urines sont rougeâtres, troubles, d'une quantité d'un demi-litre environ pour 24 heures, présentant au repos un dépôt floconneux. Elles ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Les réflexes sont normaux. On ne constate aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

Le malade n'a pas de température.

30 *mai* 1905. — Le malade vomit toujours une partie de son lait : il est au régime lacté absolu.

Il pèse 47 kil. 400.

31. — On fait le matin un lavage d'estomac à jeu : l'eau du lavage ressort très sale et chargée de débris alimentaires. On met le malade au képhir n° 2 à raison de 2 litres 1/2 par jour.

Les jours suivants, on continue les lavages et sous l'influence du repos et de l'alimentation képhirique les vomissements cessent.

Le 6 juin au soir on donne au malade un repas d'épreuve et le lendemain matin à jeun, on extrait le liquide stomacal résiduel.

*Analyse du liquide stomacal à jeun.* — Le liquide extrait à jeun est très abondant, il se présente sous forme de bouillie alimentaire épaisse, contenant, visibles à l'œil nu, de gros débris de choux et de viande. Le tubage est difficile, le tube étant continuellement rejeté de l'œsophage.

| | |
|---|---|
| A = 0.365 | T = 0.328 |
| H = 0.000 | F = 0.292 |
| C = 0.036 | $\alpha$ = 10.13 |
| H + C = 0.036 | T/F = 1.12 |

Présence de syntonine. Traces de peptones.

Fermentation lactique et butyrique.

*Examen du sang* (Méthode Hayem-Nachet).

N = 3.193.000
R = 2.216.303
G = 0.69
G. Bl = 14.260

Nombreuses hématies déformées en massue, en raquette, en tricorne.

Le malade passe en chirurgie, salle Michon, le 7 juin 1905.

*Opération*, le 24 *juin* par M. le professeur Terrier.

On pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale. On découvre une tumeur de la région pylorique, de la grosseur d'une orange, qui est adhérente au foie, et, en arrière, par un paquet ganglionnaire à la colonne vertébrale. On observe en outre un aspect œdémateux de l'estomac, avec un peu d'ascite dans la grande cavité péritonéale. On ne trouve pas d'autres ganglions que les ganglions rétropyloriques. L'ex-

tirpation de la tumeur est jugée impossible. On fait une gastro-entérostomie postérieure. Fermeture de la paroi par plans séparés.

Les suites de l'opération n'ont été marquées par aucun incident. On put alimenter graduellement le malade qui sentit renaître son appétit.

Il revient dans le service, salle Rostan, nº 1, le 19 juillet.

A ce moment, l'état général est satisfaisant ; le malade ne ressent plus de douleurs, aucun trouble de la digestion. Il s'alimente au régime ordinaire. Il va régulièrement à la selle. De 47 kilogrammes, poids avant l'opération, il passe le 20 juillet à 50 kilogrammes.

Il est porteur d'une cicatrice médiane sus-ombilicale de 10 centimètres de longueur : cette cicatrice est souple, rosée, non douloureuse, non adhérente. L'épigastre est globuleux, évasé par en haut, mais facilement dépressible et non douloureux à la palpation. L'estomac ne clapote pas. La région sous-ombilicale est également globuleuse mais facilement dépressible : cette région est séparée de la région épigastrique également distendue par un sillon très marqué au niveau de l'ombilic.

Le malade a bon appétit actuellement. Sans avoir le moindre dégoût pour la viande, il reconnaît cependant que les légumes « lui réussissent mieux ». Le repas du soir doit être plus léger que celui de midi faute de quoi le malade se sent pendant la nuit comme gonflé par des gaz.

Le malade sent ses forces revenir. Il augmente de poids, pesant 51 kil. 200 le 25 juillet. Il part le 1er août pour l'Asile national de Vincennes. Avant son départ, on examine à nouveau le sang et le chimisme gastrique.

*Examen du sang* (1er août) :

N = 3.069.000.
R = 1.565.000.
G = 0.50.
GB = 62.000.

Quelques globules rouges déformés.

*Examen du liquide stomacal* (2 août 1905) :

A jeun : liquide peu abondant (8 cc.), bilieux, non acide, sans résidus alimentaires visibles à l'œil nu ou au microscope.

60 minutes après repas d'épreuve :

| | |
|---|---|
| A = 0.048 | T = 0.206 |
| H = 0.000 | F = 0.158 |
| C = 0.048 | $\alpha$ = 1 |
| H + C = 0.048 | T/F = 1.30 |

Volume (12 cc.), sans traces d'aliments. Ne contient ni syntonine, ni peptones. Légère réaction acétique.

14 *août.* — Le malade nous écrit de Vincennes qu'il pèse 54 kilogrammes et qu'il ressent quelques douleurs d'estomac.

Le malade est revu le 1er juin 1906 : il raconte que dès sa sortie de l'Asile des convalescents il a pu se remettre au travail, il mange bien, il a bon appétit « comme avant son opération ». Les fonctions digestives s'accomplissent normalement. Il pèse actuellement 50 kil. 600, il a bonne mine, le teint clair. Il se plaint seulement d'avoir de mauvaises nuits ; obligé de se coucher sur le dos , il éprouve bientôt une sensation pénible qui lui semble un étouffement, et qui l'oblige parfois à se lever et à faire quelques pas pour se soulager. Il n'aurait guère en moyenne que 3 heures de repos dans la nuit.

La langue est humide, rosée. L'estomac ne donne pas à la percussion de zone de sonorité, on ne trouve pas de bruit de clapotage, il se vide bien , il paraît se dessiner au-dessous des fausses côtes gauches et descendre jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La cicatrice sus-ombilicale est à peine visible. On trouve par la palpation une masse dure qui occupe tout l'épigastre,déborde légèrement à gauche la ligne médiane et va se perdre à droite sous les fausses côtes, cette masse descend jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Cette région est un peu douloureuse à la palpation.

Le foie donne sur la ligne mamelonnaire une matité verticale de 11 centimètres, débordant d'un travers de doigt le rebord costal.

On trouve de petits ganglions dans les deux aines, ainsi que des ganglions sus-claviculaires gauches. Rien au cœur, rien du côté des poumons, ni des plèvres. La percussion de l'abdomen donne au niveau des flancs, plus particulièrement du flanc droit, une sonorité hydroaérique. En somme, l'état général se maintient bon et le malade continue son travail régulièrement.

**Obs. XVII.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Néoplasme du pylore. — Gastro-entérostomie en Y.*

Le nommé L..., âgé de 44 ans, sculpteur, se présente à la consultation le 4 mars 1906.

*Antécédents.* — Père mort à 54 ans, asthmatique, artérioscléreux.

Mère morte à 59 ans d'une maladie du foie qui aurait duré deux ans environ.

Un seul frère, aîné, mort à l'âge de 3 mois.

Pas de maladies éruptives de la première enfance ; quelques convulsions.

Pas de maladies durant la seconde enfance et l'adolescence.

Versé dans l'armée auxiliaire pour cause d'obésité.

Marié à l'âge de 18 ans, il a eu 4 enfants, dont le 3e est mort à 7 mois d'une méningite ; il lui reste 3 filles, âgées respectivement de 27, 25 et 21 ans, bien portantes actuellement.

Sa femme est bien portante également.

Il a toujours mené une vie sobre et régulière, buvant environ un verre de vin par jour, jamais de petits verres. Pas fumeur.

Pas d'antécédents vénériens.

Il y a dix ans, il fut atteint d'un phlegmon de la nuque et fut soigné à St-Antoine pendant un mois environ.

Il respirait beaucoup de poussière dans son métier de sculpteur sur bois. Il raconte que depuis l'âge de 18 ans, sans avoir fait pourtant aucun excès, il vomissait facilement pour un motif futile après un repas absolument ordinaire.

*Maladie actuelle* : *début*. — Le début de la maladie actuelle remonterait à deux ans.

Vers le mois de juillet 1904, le malade aurait éprouvé des coliques intenses et fréquentes, quotidiennes, s'accompagnant de vomissements alimentaires qui se reproduisaient deux heures environ après les repas. Pas de constipation ni de melœna.

Après un séjour d'un mois au bord de la mer, il se produisit une grande amélioration, mais bientôt les phénomènes firent leur réapparition, persistèrent tout l'hiver 1904-1905.

Le malade avait beaucoup maigri, perdu l'appétit.

Au mois de mai 1905 il pesait 62 kilogrammes ; depuis le début de sa maladie il a perdu l'embonpoint considérable qu'il avait toujours eu ; il dit que ses habits sont devenus deux fois trop larges pour lui.

Il vit son médecin qui lui fit suivre un traitement et un régime composé de laitages, purées, farineux, œufs et pâtes alimentaires. Depuis un certain temps il éprouvait un certain dégoût pour la viande, dégoût qui devint absolu à partir de cette époque.

Cependant les vomissements persistaient, jusqu'à devenir presque quotidiens. Jamais de vomissements provoqués.

L'estomac était le siège d'une brûlure assez accentuée, qui s'éveillait après l'ingestion des aliments, arrivait à son maximum au moment où se produisait le vomissement, environ deux ou trois heures après le repas.

Toutefois durant les mois de juin, juillet, août et septembre, malgré les vomissements, le malade reprit un peu de poids (67 kil. en septembre). Il essaya d'un séjour au bord de la mer qu'il ne put supporter.

Jusqu'à la fin de l'année, cet état se prolongea, avec des périodes où les vomissements se produisaient deux fois par jour, et d'autres allant jusqu'à 8 jours, où, en raison de la réduction des aliments, il ne se

produisait pas de vomissements du tout. Après ces dernières périodes, les vomissements étaient très abondants.

Depuis un mois, le malade vomit environ toutes les 30 heures ; il lui arrive de retrouver dans ses vomissements des débris d'aliments ingérés deux ou trois jours auparavant.

Il éprouve un absolu dégoût pour la viande et les aliments solides. Il n'a pas eu d'hématémèse ni de melœna ; les selles sont régulières et paraissent normales.

Poids il y a une quinzaine : 62 kil. 500.

Il s'est adressé à M. Lion à la fin de février, et l'estomac étant reconnu grand et constatation d'une agitation péristaltique, le malade est soumis au régime lacté avec des œufs peu cuits et de la poudre de viande.

*4 mars* 1906. — Il se présente à la consultation le 4 mars ; il raconte qu'il a pu rester jusqu'à trois jours sans vomir avec ce dernier régime, les vomissements qui venaient ensuite étaient de couleur chocolat et d'odeur fétide. On passe le tube armé de la poire de Frémont, ce qui provoque des nausées avec abondante émission de liquide gastrique. Malgré cela on retire plus de deux litres d'un liquide d'odeur fétide, fécaloïde, de couleur brunâtre.

*Etat actuel* : *examen*. — Le malade est de taille moyenne, très grisonnant, très pâle et paraissant très amaigri.

Il pèse actuellement 57 kil. 300.

Le facies est amaigri, les traits très marqués, les pommettes saillantes, le teint uniformément pâle. Les muqueuses sont légèrement décolorées. Il paraît y avoir un léger subictère des conjonctives.

*Tube digestif*. — La langue est recouverte d'un enduit saburral épais, l'haleine fétide, le malade accuse une sensation vive de soif. La dentition est en bon état.

*Estomac*. — La région de l'épigastre est, comme toute la région de l'abdomen, flasque et permet grâce à cet état des téguments une palpation profonde facile ; on ne trouve aucune tumeur, très étalé transversalement.

L'estomac étant à peu près vide, il est difficile d'apprécier actuellement la distension de la région qui, au dire du malade, est extrême quand l'estomac est plein.

Après ingestion d'un verre de lait, on perçoit un claquement hydroaérique à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La limite supérieure se trouve au niveau du 5e espace intercostal ; grands diamètres : 15 × 20 centimètres.

L'abdomen est souple, on ne trouve pas de ganglions profonds à la palpation des fosses iliaques.

On ne trouve pas de ganglions dans les aines, pas de ganglions sus-claviculaires.

*Foie.* — Limite supérieure à la 6e côte.

Limite inférieure ne dépasse pas le rebord costal.

Matité verticale : 10 centimètres.

*Rate.* — On ne trouve pas la rate à la percussion.

*Cœur et poumons.* — Rien de particulier au niveau du cœur et des poumons.

Pouls : 72. Pas de souffle aux orifices.

*Reins.* — On sent la queue du rein droit.

Les urines sont de quantité moyenne (650 cc.), assez limpides, très colorées parfois (Urines de la nuit).

Ne contiennent ni albumine, ni sucre : 650 centimètres cubes en 24 heures. Urée : 52 gr. 50 par litre.

*Système nerveux.* — Pas de signe d'Argyll.

Réflexes rotuliens normaux. Pas de rétrécissement du champ visuel. Aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

*Chimisme* : 5 *mars* 1906. — A jeun : liquide excessivement abondant (plus de 2 litres) se présentant sous forme d'une bouillie alimentaire, épaisse, dégageant une odeur fécaloïde, par suite de la présence de poudre de viande que le malade ingère depuis quelques jours.

Au microscope, de nombreuses fibres musculaires, des sarcines, des levures.

| | |
|---|---|
| A = 0,379 | T = 0.408 |
| H = 0.000 | F = 0.262 |
| C = 0.146 | $\alpha$ = 2.52 |
| H + C = 0.146 | T/F = 1.55 |

Volume, abondant. Syntonine, très abondante. Peptones, abondantes. Acide lactique, présence.

Réaction lactique et butyrique.

13. — Le malade a été tubé à jeun. On retire environ un litre de liquide, bien que le malade soit au régime lacté absolu.

Ce liquide est composé en grande partie de lait caillé.

60 minutes après le repas d'Ewald :

Liquide très abondant (on en retire à volonté) peu coloré, mal émulsionné, filtre assez rapidement.

| | |
|---|---|
| A = 0.197 | T = 0.335 |
| H = 0.043 | F = 0.146 |
| C = 0.146 | $\alpha$ = 1.05 |
| H + C = 0.189 | T/F = 2.29 |

Volume, abondant. Syntonine, présence nette. Peptones, abondance moyenne. Traces légères d'acide lactique.

Réaction acétique prononcée.

(Odeur d'ail repoussante en calcinant avec acide arsénieux.)

9. — Le malade a été mis au régime lacté depuis son entrée; cependant aujourd'hui, après ingestion d'un morceau de pain et un peu d'eau comme repas d'épreuve, il a un grand vomissement constitué par un liquide très sale et d'odeur fétide. On fait un lavage (3 litres d'eau bouillie) que l'on continue jusqu'à ce que le liquide ressorte à peu près clair. Poids (capote et pantalon) : 57 kil. 400.

10. — Le malade a vomi la nuit précédente à minuit, un litre, dit-il, de liquide contenant en suspension des fragments de lait caillé.

20. — Régime lacté absolu depuis son entrée à l'hôpital.

Lavages d'estomac quotidiens depuis huit jours. Poids 58 k. 300.

*Opération* le 21 *mars* 1906 par MM. Terrier et Gosset. — Durée : 55'. Chloroforme : 279 centimètres cubes.

Incision médiane sus-ombilicale.

Néoplasme du pylore avec gros ganglions rétropyloriques, ganglions dans le grand épiploon et un semis carcinomateux dans le méso-côlon transverse ; pas d'extirpation possible. Gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique ; procédé en Y.

Suture de la paroi à points séparés.

Le lendemain un peu de sang au premier lavage (2 lavages).

Les jours suivants un peu de bile.

Liquide très propre. Pas de température.

27. — Poids : 60 kilogrammes.

26 *mai*. — Revu, va très bien. Poids : 67 kilogrammes ; fonctions digestives parfaites.

Il a repris son travail dès sa sortie de l'hôpital et ne suit aucun régime alimentaire. A l'examen, la cicatrice sus-ombilicale est souple, la palpation ne décèle aucune tumeur et ne réveille aucune douleur. Le foie n'est pas augmenté de volume. Le malade va régulièrement à la selle. Il n'a eu ni malaises, ni vomissements, cependant l'estomac s'évacue incomplètement, ainsi qu'en témoigne le tubage à jeun.

*Chimisme gastrique* : 2 *juin* 1906. — Le liquide extrait à jeun est abondant, 127 centimètres cubes, et contient des résidus assez abondants, visibles à l'œil nu (œufs et pain) ; ce liquide mis au repos se sépare en deux couches, une couche liquide plus dense et une couche solide constituée par de la graisse qui se prend en gelée sur une épaisseur d'au moins 1 centimètre.

Au microscope, nombreuses fibres végétales et musculaires, des grains d'amidon, des levures.

Ce liquide donne à l'analyse :

| | |
|---|---|
| A = 0.240 | T = 0.392 |
| H = 0.000 | F = 0.372 |
| C = 0.020 | $\alpha$ = 12 |
| H + C = 0.020 | T/F = 1.05 |

Syntonine, traces. Peptones, traces légères. Réaction lactique, prononcée.

60 minutes après le repas d'Ewald, on obtient un liquide abondant, qui s'extrait facilement, contient des détritus alimentaires non modifiés, légèrement muqueux et filtrant assez lentement.

| | |
|---|---|
| A = 0.124 | T = 0.343 |
| H = 0.000 | F = 0.277 |
| C = 0.066 | $\alpha$ = 1.87 |
| H + C = 0.066 | T/F = 1.23 |

Syntonine, traces. Peptones, traces légères. Réaction lactique, prononcée.

**Obs. XVIII.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie.*

Le nommé T.., 41 ans, journalier,

Entré le 17 avril 1905. Salle Rostan, lit nº 4.

*Antécédents.* — Père mort du choléra. Mère morte à 49 ans. Aucun renseignement sur les parents.

A eu 9 frères et sœurs, qui sont tous morts, l'un à l'âge de 1 an, un autre à 7 ans, les sept autres seraient morts du choléra.

Pas de maladies d'enfance. Blennorrhagie à l'âge de 18 ans.

A fait 4 années de service militaire en Algérie : pendant cette période il a eu de légers accès de fièvres intermittentes, survenant tous les deux jours pendant une huitaine, puis espacés irrégulièrement par la suite.

Pas de syphilis. N'a pas d'enfants.

T.... a fait de grands excès de boisson, d'absinthe principalement, surtout pendant son séjour au régiment. Il a bu pendant longtemps jusqu'à deux ou trois litres de vin par jour ; durant ces dernières années, il buvait environ un litre de vin par jour ; les samedis, excès de vin et d'absinthe. Pituites passagères.

En 1901, il eut une pneumonie gauche, soignée à l'hôpital Broussais pendant 15 jours.

A la fin d'avril 1905, il vient à la Pitié où il fait un séjour d'une quinzaine pour une pneumonie droite.

*Maladie actuelle : début.* — Puis il va passer quinze jours de convalescence à Vincennes, et c'est là qu'il éprouve pour la première fois des

troubles gastriques. Il vomit presque toutes les nuits. Il est au régime des convalescents, mais il n'a pas d'appétit, il éprouve un certain dégoût pour la nourriture ; il n'a pas de fortes douleurs d'estomac, mais il éprouve une sorte de gêne continuelle.

Il a repris son travail à sa sortie de Vincennes, pendant 1 mois 1/2, bien qu'il eût de grands vomissements presque toutes les nuits, exceptionnellement pendant le jour. Ces vomissements étaient précédés d'aigreurs, de brûlures allant de l'estomac jusqu'à la gorge. Souvent les premières gorgées du liquide vomi étaient constituées par un liquide aqueux, comparé à des pituites ; puis arrivaient des débris alimentaires, mélangés de bile, d'une saveur très amère.

T... revient à la Pitié, salle Reyer, le 3 août 1905 ; il y resta jusqu'au 6 septembre. Il fut mis au régime lacté, puis au régime végétarien.

Depuis sa sortie de l'hôpital, il a suivi divers traitements, mais il a continué à maigrir et à s'affaiblir.

Les vomissements étaient toujours fréquents, survenant par séries, le plus souvent la nuit (ni hématémèse, ni melœna) avec interruption d'une vingtaine de jours parfois.

Il a continué son travail, quoique forcé d'interrompre de plus en plus souvent, parfois au milieu de la journée. Depuis deux mois environ,les jambes sont légèrement enflées le soir.

T... éprouve un dégoût presque absolu pour la viande ; il ne se nourrit plus que de soupes, de laitages, d'œufs, de légumes. Il est absolument épuisé au moment où il entre à l'hôpital, le 17 avril 1906, salle Rostan, lit nº 4.

*Etat actuel.* — Le malade est de taille moyenne, très pâle et très amaigri ; il pesait 75 kilogrammes pendant son service militaire, 68 kilogrammes au début de l'année 1905, 58 kilogrammes il y a une quinzaine de jours.

Il éprouve d'une façon permanente une sorte de gêne et de pesanteur au niveau de l'estomac, au point de rendre pénibles les mouvements de flexion du corps. Il a perdu l'appétit et se trouve dans un état de faiblesse très accentué.

*Tube digestif.* — La langue est saburrale, humide, la dentition n'est pas bonne.

L'épigastre à la palpation paraît tendu et déprimé ; on trouve dans la région de l'ombilic une petite tumeur dure, arrondie avec quelques bosselures, du volume d'un œuf environ, située au-dessus de l'ombilic débordant légèrement vers la droite.

Cette tumeur occupe une situation différente à quelques instants d'intervalle. On la trouve au-dessus de l'ombilic, mais du côté gauche.

La limite inférieure de l'estomac paraît au-dessus de l'ombilic. La

limite supérieure se trouve au niveau du bord supérienr de la 7e côte.

L'abdomen est flasque, on trouve à la palpation des scybales dans le colon ascendant. Pas d'ascite.

Le malade est constipé d'ordinaire, bien que ses selles soient à peu près quotidiennes, les matières sont dures, en forme de billes.

*Foie.* — La limite supérieure atteint la 7e côte, la limite inférieure dépasse d'un centimètre le rebord costal. Matité verticale sur la ligne mamelonnaire : 9 centimètres (limites au plessigraphe).

*Rate.* — Mesure à la percussion trois travers de doigt de hauteur sur deux de largeur.

*Poumons.* — Le malade ne tousse pas. Rien à signaler à l'examen des poumons.

*Cœur.* — La pointe du cœur bat dans le 5e espace intercostal. Les bruits du cœur sont normaux. Pouls régulier, 72.

Le malade ne présente pas d'œdème en ce moment.

*Reins.* — Les urines sont claires, limpides, un litre environ par jour, ne renferment ni sucre ni albumine.

*Système nerveux.* — Pas de signe d'Argyll ; aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale. Réflexes normaux.

Le malade n'a pas de fièvre.

A son entrée à l'hôpital, le malade est mis au régime lacté ; puis tubé à jeun et 60 minutes après le repas d'Ewald, le 20 avril.

*Chimisme gastrique : 20 avril 1906.* — Le malade a mangé la veille à 7 heures seulement un peu de soupe ; il a vomi une grande partie de cette soupe à 11 h. 1/2.

Malgré cela, le lendemain matin à jeun on retire un liquide assez abondant : 89 centimètres cubes, contenant des *résidus alimentaires visibles à l'œil nu.*

Au microscope, de nombreuses fibres musculaires, un grand nombre de cellules végétales à chlorophylle, des grains d'amidon.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun : | A = 0.014 | T = 0.386 |
| | H = 0.000 | F = 0.386 |
| | C = 0.000 | $\alpha$ = 14 |
| | H + C = 0.000 | T/F = 1 |

Volume : 89 centimètres cubes. Syntonine, néant. Peptones, traces. Acide lactique, présence. Réaction lactique, nette.

| | | |
|---|---|---|
| 60' | A = 0.043 | T = 0.270 |
| | H = 0.000 | F = 0.233 |
| | C = 0.037 | $\alpha$ = 1.16 |
| | H + C = 0.037 | T/F = 1.15 |

20 *avril.* — Le malade a continué à vomir bien qu'il soit au régime

lacté. L'analyse chimique du suc gastrique révèle une hypopepsie intense avec fermentation.

On soumet le malade au régime képhirique et aux lavages d'estomac le matin à jeun.

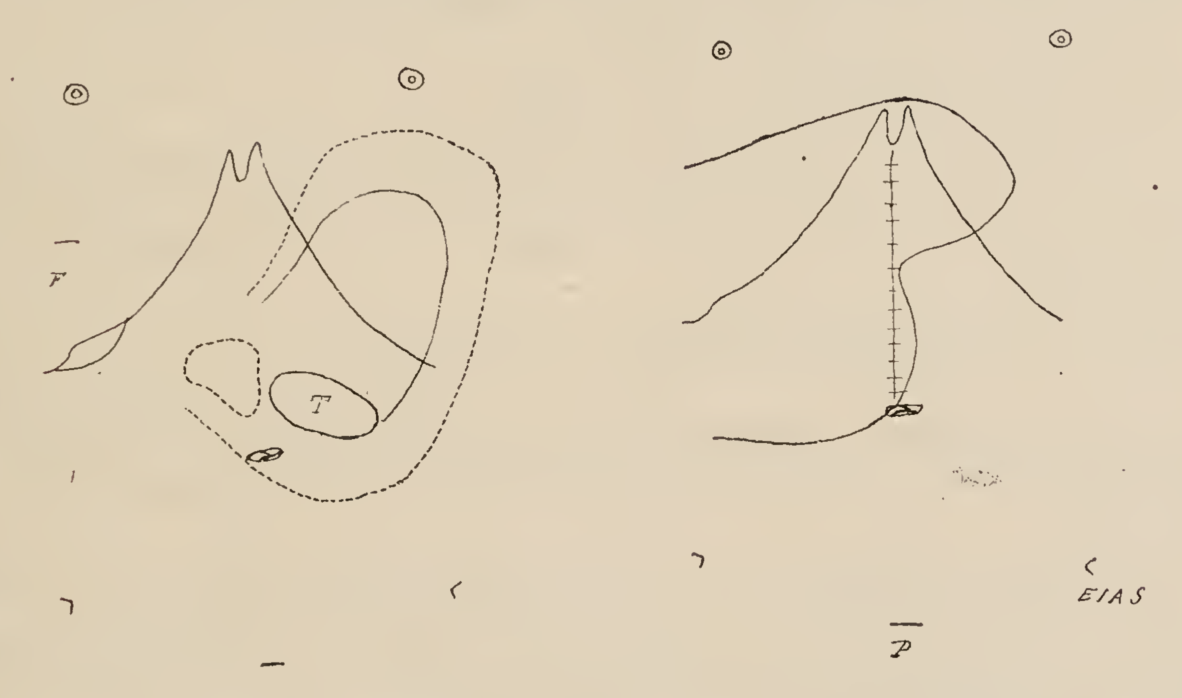
23. — Le malade ne vomit plus, mais il a des nausées pénibles. Le liquide du lavage est très sale. Poids : 56 kil. 800.

24. — Le malade a eu un lavage d'estomac le matin ; il est resté à jeun.

*Insufflation.* — A 10 heures 1/2, à la palpation de l'estomac, on trouve la tumeur à gauche et au-dessus de l'ombilic paraissant mesurer 12 × 6 centimètres.

L'estomac paraît mesurer 12 × 13 centimètres.

On pratique l'insufflation moyenne et la tumeur se déplace et arrive




à dépasser la ligne médiane pour être située tout entière à droite, toujours au-dessus de l'ombilic.

La limite supérieure de l'estomac arrive au 5e espace intercostal ; la limite inférieure descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Quand l'estomac se vide de l'air qu'il contient, on peut suivre la tumeur qui peu à peu revient à sa situation primitive.

27 *avril.* — On continue les lavages, mais le kéfir est mal supporté le malade recommence à vomir. On revient au lait avec potages au lait et œufs à la coque peu cuits. On constate que la tumeur occupe dans le même jour une situation variable à 10 heures du matin et à 5 heures du soir.

30. — Le malade passe en chirurgie. Poids : 56 kil. 600.

Dans la nuit précédente le malade a eu un vomissement contenant des fragments de pruneaux ; il en avait mangé pour la dernière fois six jours auparavant.

*Opération* le 11 *mai* 1906 par MM. Terrier et Gosset. — Durée : 1 h. 5. Chloroforme : 40 centimètres cubes.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

On met les écarteurs et on constate au niveau de l'antre pré-pylorique un néoplasme du volume du poing, mobile, n'adhérant pas à la colonne vertébrale, mais envoyant une sorte de prolongement dans le méso-côlon transverse, de telle sorte que si l'on fait une ablation il faudrait enlever une partie du côlon transverse.

En examinant les anses grêles on trouve au niveau du mésentère un paquet ganglionnaire qui le fait adhérer à la colonne vertébrale et qui contre-indique également une ablation.

Aussi fait-on une gastro-entérostomie antérieure en Y.

Durée de la gastro-entérostomie : 55 minutes.

Fermeture de la paroi en 2 étages à points séparés à la soie fine.

Le lendemain lavage, un peu de sang.

On a continué les lavages d'estomac pendant 12 jours après l'opération. Cependant le malade reste très pâle et très affaibli. Il tolère assez bien le lait et les potages au lait, mais il n'a pas d'appétit pour tout autre aliment.

Il revient, salle Rostan, lit n° 4, le 4 juin 1906.

Le malade paraît pâle et émacié. Il se plaint de souffrir par intermittences de douleurs aiguës au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit. Il n'a pas d'appétit, et ne prend que du lait, des potages et des œufs.

A l'examen, on observe que le foie paraît avoir augmenté très rapidement de volume et descendre jusqu'au niveau de l'ombilic, son bord inférieur est tranchant et ballotte à la palpation qui est douloureuse. La tumeur paraît faire corps avec le foie dans la région de l'ombilic (V. schéma).

On ne peut délimiter nettement l'estomac. A la percussion de l'abdomen on obtient un bruit hydro-aérique, matité qui se déplace vers les parties déclives des flancs. Les urines deviennent rares.

10 *juin*. — Le malade s'émacie rapidement. Il souffre parfois d'une façon aiguë de l'estomac et de l'abdomen. Il a vomi des aliments à plusieurs reprises.

15. — Le malade continue à vomir de la bile et des aliments ; il se plaint de souffrir de la gorge pendant les mouvements de déglutition et présente du hoquet intermittent. Les fonctions intestinales sont régulières.

On prescrit quelques lavages d'estomac.

20. — Les lavages d'estomac ont ramené de l'eau très sale avec des débris alimentaires. On a essayé le kéfir que le malade n'accepte pas

volontiers, il revient au régime lacté. Il va un peu mieux et ne vomit plus. Il y a un peu d'ascite dans la cavité abdominale (1).

**Obs. XIX.** — Communiquée par M. le Dr Lion.

*Sténose du cardia. — Laparotomie exploratrice.*

Le nommé Cl..., âgé de 54 ans, entre salle Rostan, lit n° 2, le 15 mars 1904.

*Antécédents.* — Pas de renseignements du côté des antécédents héréditaires.

Aucune maladie antérieure. Pas de syphilis.

*Maladie actuelle.* — Le malade fait remonter à quatre mois le début de son affection actuelle : à ce moment il éprouva de la difficulté pour avaler les aliments, avec une sensation de sécheresse le long de l'œsophage lors du passage des aliments. Une fois dans l'estomac ceux-ci provoquaient une sensation pénible comparée à un fourmillement ?

Le malade s'est mis de lui-même au régime ovo-lacté qui atténuait ces phénomènes. Ils ont reparu à chaque tentative d'alimentation solide. Le malade n'éprouve pas de répugnance pour la viande, il s'en abstient pour éviter la douleur. Il a beaucoup maigri et a vu ses forces diminuer rapidement.

*Etat actuel.* — Le malade est de petite taille, de constitution faible, pâle et amaigri. Le thorax est déformé et la colonne vertébrale présente à la région dorsale une scoliose à convexité tournée vers la droite. La main droite présente un vice de développement. Pas de ganglions sus-claviculaires, adénopathie inguinale. La langue est blanche, étalée. L'estomac n'est pas distendu par en haut : limite supérieure au bord supérieur de la 7e côte. Aucune tumeur appréciable à la palpation, limite inférieure au niveau de l'ombilic. Le foie ne dépasse pas le rebord costal, matité verticale : 10 centimètres. Le malade est constipé d'une façon habituelle.

Pas de lésion cardiaque. Rien de particulier au niveau des autres organes. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

*Chimisme gastrique.* — Le malade est sondé à jeun le 18 mars : on a retiré un peu de liquide sans traces de résidus alimentaires, mais contenant une certaine quantité de sang.

Le liquide extrait 60 minutes après le repas d'Ewald contient encore beaucoup de sang ; le liquide filtré est rouge et donne au spectroscope la raie de l'oxyhémoglobine.

(1) Le malade est mort le 6 juillet 1906 : à l'autopsie on a trouvé le foie de dimensions normales, mais immédiatement au-dessous du foie une périgastrite suppurée faisant corps avec la tumeur, le tout atteignant le volume des deux poings. Les anastomoses gastro-intestinales ont été trouvées en parfait état.

Au point de vue clinique on trouve :

| | |
|---|---|
| A = 0,021 | T = 0,321 |
| H = 0,000 | F = 0,206 |
| C = 0,025 | $\alpha$ = 0,84 |
| H + C = 0,025 | T/F = 1,12 |

Syntonine, néant. Peptone, néant. Acide lactique.

*Examen du sang* : 18 mars.

| | | |
|---|---|---|
| Globules rouges | | 3.600.000 |
| Globules blancs | | 12.000 |
| Formule leucocytaire : | polynucléaires | 80/100 |
| — | mononucléaires clairs | 10/100 |
| — | mononucléaires opaques | 10/100 |

On soumet le malade aux lavages d'estomac, puis au kéfir avec 250 grammes de viande moulinée, deux œufs et un potage. Avec ce régime le poids du malade passe de 43 k. 300 à son entrée à 44 k. 100 le 25 mars.

On a cessé les lavages le 23 mars, car on a ramené un filet de sang dans l'eau du lavage de la veille.

Le malade passe en chirurgie et le 2 avril, M. Gosset pratique une *laparotomie exploratrice*.

A l'examen de l'estomac, on voit à la partie moyenne de l'organe une zone rétrécie qui le divise en deux poches, mais ce rétrécissement permet néanmoins une communication facile entre ces deux poches. On ne remarque rien à l'intérieur, par la palpation on sent une induration très marquée vraisemblablement néoplasique, ce que confirme l'existence de gros ganglions durs, blanchâtres, d'apparence cancéreuse, dont l'un atteint le volume d'une noix, et rappelle l'aspect de l'ovaire. Au niveau du cardia et à droite se trouve une masse formée de plusieurs ganglions très durs entourant la demi-circonférence du cardia, ces ganglions étant nettement néoplasiques.

On trouve d'autre part d'autres ganglions dans le mésentère, dont quelques-uns sont très volumineux.

Comme le malade avale bien, on se contente de l'exploration et on n'intervient pas autrement.

Fermeture de la paroi à la soie.

Le malade revient dans le service le 19 avril, il pèse à ce moment 43 kilogrammes.

La cicatrice est parfaite,non adhérente.On ne trouve pas de tumeur palpable. Il n'y a du côté de l'estomac ni distension gazeuse, ni dilatation.

Le teint du malade est un peu pâle, mais il avale les liquides sans difficulté. S'il absorbe des aliments solides, sans que ceux-ci soient trempés, il éprouve à trois travers de doigt au-dessous du creux sus-

sternal une sensation légèrement douloureuse « comme si cela passait sur une plaie ».

Il ne mange pas de viande, non qu'il en éprouve le moindre dégoût, mais il lui semble qu'elle ne descend pas. il est obligé de boire pour la faire descendre, et, « çà lui fatigue la poitrine », les légumes passent bien. Les digestions se font sans douleur : « je ne sens plus aucune douleur d'estomac, je suis complètement libre de l'estomac », déclare le malade. Aucun mal de cœur, aucun vomissement.

Une garde-robe quotidienne, jaunâtre.

Le malade se trouve assez fort, va et vient sans fatigue appréciable. Il quitte le service sur sa demande le 3 mai.

**Obs. XX.** — Communiquée par M. le Dr Lion.

*Cancer du pylore. — Laparotomie exploratrice.*

La nommée Vve Fr..., blanchisseuse, âgée de 47 ans, entre le 21 juin 1904, salle Grisolle, lit n° 24.

*Antécédents.* — Père mort à 37 ans d'une pleurésie. Mère bien portante, âgée de 67 ans. Une sœur bien portante. Six frères et sœurs morts en bas âge ou en nourrice.

Son premier mari est mort tuberculeux, il y a 23 ans, son second mari est mort il y a 10 mois d'une affection chronique. 3 enfants du premier lit morts en bas âge, un survivant bien portant ; du deuxième lit, 3 enfants morts en nourrice, le dernier né est survivant, bien portant ; une fausse couche consécutive.

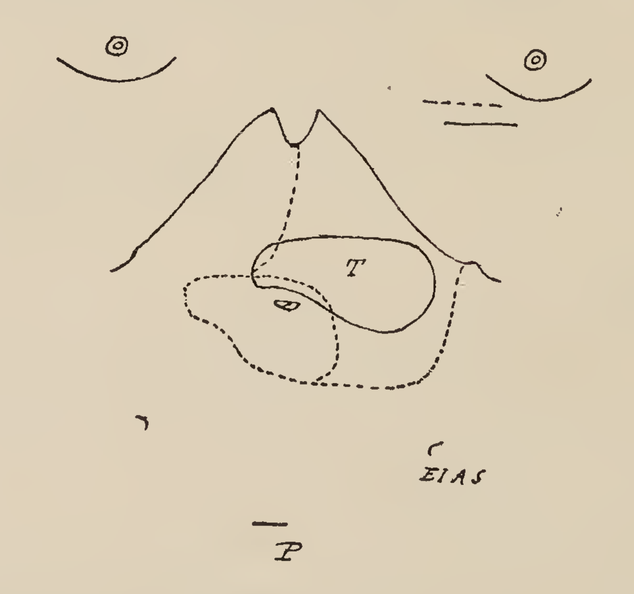
A eu le croup à l'âge de 4 ans 1/2 et fut trachéotomisée. Pas d'autre maladie antérieure. Aucun soupçon probant de syphilis. Pas d'habitudes alcooliques.

*Maladie actuelle.* — Il y a deux ans environ, la malade commence à éprouver des malaises et des crampes d'estomac, survenant 2 à 4 heures après les repas. Il n'y eut aucun vomissement, l'appétit se maintint, mais au mois d'août 1903, la malade se plaint de douleurs plus intenses siégeant d'abord au creux épigastrique et irradiant vers l'épaule et le bras droit. Ces douleurs arrivent à être quotidiennes. Au mois de septembre cet état s'améliore par le régime, mais surviennent des vomissements, tantôt alimentaires, tantôt bilieux et amers ; ces vomissements sont espacés, calment immédiatement la douleur, ils n'ont jamais contenu de sang. L'appétit reste bon, la malade ne maigrit pas et continue à travailler. Pas de modifications notables, jusqu'en décembre. A ce moment les douleurs deviennent plus vives, se répètent 5 à 6 fois dans la journée, mais rarement la nuit, sans rapport avec les repas. Les vomissements sont plus fréquents. Au début de janvier 1904, la

malade entre à l'hôpital Laënnec où l'on constate chez elle la présence d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. Elle sort en février sans avoir eu d'autre traitement que le régime lacté avec du bicarbodate de soude et se trouve très améliorée. En avril seulement elle éprouve après les repas une sensation de pesanteur qu'elle cherche à calmer en essayant de se faire vomir. Elle en arrive à craindre de manger, elle observe que la viande et le pain ne passent pas.

*Etat actuel.* — La malade a bonne mine quoique amaigrie ; les téguments ont une teinte un peu terreuse ; varices aux membres inférieurs.

On observe du côté de l'abdomen une bosselure au niveau de l'épigastre, bosselure animée de battements. Cette tumeur a une forme irrégulièrement triangulaire à sommet inférieur, mesure trois travers de doigt de largeur sur quatre de hauteur ; elle est très dure, mamelonnée. Elle n'est pas douloureuse et présente des caractères remarquables de




mobilité qu'observe la malade elle-même. On peut très bien la mobiliser par la palpation profonde. Cette tumeur n'est plus perceptible derrière les muscles contractés. Après insufflation on voit des *ondes péristaltiques* la déplacer ; elle est également, après insufflation, soulevée par le côlon qui se place en arrière d'elle. On sent enfin la queue du rein droit à la palpation bimanuelle de la région. Le foie va du bord inférieur de la 5e côte au rebord costal.

On trouve de petits ganglions inguinaux, pas de ganglions axillaires ou sus-claviculaires. Rien à signaler du côté des autres appareils ni du côté du système nerveux. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Pas de fièvre.

La malade continue à vomir, tantôt immédiatement, tantôt plusieurs heures après les repas.

*Chimisme gastrique* : 24 *juin* 1904. — La malade a mangé la veille à 7 heures du soir de la viande, du riz et bu du lait. Le liquide extrait à

jeun le lendemain matin se présente sous forme de bouillie épaisse, où l'on remarque à l'œil nu des débris d'œufs et du pain (la malade dit n'avoir mangé qu'il y a 3 jours des œufs et du pain). Au microscope, on voit de nombreux amas de grains d'amidon, de fibres musculaires et de sarcines.

A l'analyse :

| | |
|---|---|
| A = 0.343 | T = 0.496 |
| H = 0.029 | F = 0.197 |
| C = 0.270 | $\alpha$ = 1.16 |
| H + C = 0.299 | T/F = 2.51 |

Présence de peptones. Fermentation acétique.

Le lendemain on fait un lavage d'estomac le matin, un autre le soir ; le surlendemai non vide l'estomac et on fait ingérer le repas d'épreuve.

Au bout de 60 minutes on retiré un liquide très abondant qui donne à l'analyse :

| | |
|---|---|
| A = 0.219 | T = 0.328 |
| H = 0.175 | F = 0.102 |
| C = 0.175 | $\alpha$ = 0.96 |
| H + C = 0.226 | T/F = 3.21 |

Peptones et syntonine, présence. Fermentation acétique.

La malade est envoyée en chirurgie, où l'on pratique une *laparotomie exploratrice,* on trouve une grosse tumeur pylorique et prépylorique ; le cancer a envahi le grand épiploon et la masse néoplasique est adhérente au côlon. On n'intervient pas autrement.

La malade revient dans le service le 18 juillet. Elle s'amaigrit de plus en plus, vomit tout ce qu'elle prend et ne peut plus rien supporter. Décoloration des matières fécales.

La tumeur semble s'abaisser et devient plus volumineuse.

La malade meurt de cachexie cancéreuse le 27 août 1904.

Autopsie. — On a introduit dans l'estomac du liquide de Müller une demi-heure après la mort. A l'ouverture de l'abdomen on voit le pylore et l'antre prépylorique adhérents au côlon transverse et formant une masse volumineuse de la grosseur du poing. Le grand épiploon est farci de nodules cancéreux.

Le pylore est sténosé et laisse à peine passer l'extrémité du petit doigt.

Le foie ne présente pas de noyaux secondaires. La vésicule biliaire est hypertrophiée et remplie de bile. La tête du pancréas est indurée. Les matières fécales trouvées dans le côlon tranverse sont absolument décolorées. Rien de particulier du côté des autres organes.

**Obs XXI.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Néoplasme du cardia. — Laparotomie exploratrice.*

Le nommé M..., professeur, âgé de 56 ans, se présente à la consultation spéciale de la Pitié au commencement de mars 1906.

*Antécédents.* — Père mort hémiplégique, Mère morte à 84 ans. A eu 3 frères dont l'un est mort phtisique, un autre s'est suicidé, le troisième est vivant et bien portant.

Jaunisse à l'âge de 20 ans. Pas d'antécédents syphilitiques ou éthyliques. Marié, a un fils bien portant.

En 1882, le malade éprouva des douleurs généralisées dans tout l'abdomen, il eut quelques vomissements, cet état se maintint à l'état aigu pendant deux jours et le malade garda le lit pendant une quinzaine de jours.

Aucune maladie jusqu'à l'année dernière.

*Maladie actuelle.* — C'est en mai 1905 qu'apparaissent des troubles digestifs : le malade éprouve la nuit principalement une douleur sourde au creux épigastrique, puis cette douleur apparaît de 3 à 6 heures après les repas. Le malade en arrive pour essayer de se soulager à supprimer peu à peu de son régime les graisses, le vin, la salade, il ne fume plus.

Depuis deux mois sont apparus des troubles de la déglutition d'abord peu intenses, caractérisés au début par une douleur rétro-sternale au moment du passage des aliments solides qui parviennent cependant dans l'estomac. Le malade a beaucoup maigri, il a perdu 24 livres depuis le mois de mai dernier.

*Etat actuel.* — Le malade est de taille élevée et présenterait d'une façon générale l'aspect d'un homme de 30 à 40 ans, n'était l'aspect contracté de la figure dont tous les traits sont accusés fortement. Le teint est pâle, terreux ; les yeux sont excavés et les conjonctives subictériques.

Actuellement, le malade se plaint d'une douleur qu'il compare à des coliques, dont le siège occupe tout l'abdomen mais plus particulièrement l'épigastre, et qui surviennent de préférence pendant la nuit. Il éprouve de la dysphagie quoique d'une façon peu marquée : quand il avale des liquides, il ressent un arrêt très net au cardia, puis l'écoulement dans l'estomac se fait sans douleur. Les aliments demi-solides passent bien, les aliments solides passent difficilement et provoquent de la douleur. L'appétit est nul ; le malade a fréquemment des nausées, il n'a jamais eu de vomissements. Il est très constipé et a remarqué souvent la présence de mucosités dans ses selles, mais jamais de sang.

A l'examen local, on découvre dans l'hypochondre droit une tuméfac-

tion dure, difficile à limiter, mais la palpation est rendue difficile par la contracture des muscles de l'abdomen. L'estomac ne paraît ni distendu, ni dilaté. La langue est pâteuse, blanchâtre. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Urée : 39 grammes par litre. Quantité de 24 heures 1.150 centimètres cubes. Rien de particulier du côté des différents appareils. Principaux réflexes normaux. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

Cathétérisme de l'œsophage : il est impossible de faire franchir à l'olive moyenne un obstacle dont le siège est à une distance de 38 à 39 centimètres de l'arcade dentaire,

Quand on fait avaler au malade quelques gorgées de liquide, on entend à l'auscultation de la partie inférieure de l'œsophage un bruit de glouglou prolongé.

Le malade est sondé à jeun le 21 mars : on ne retire pas de liquide, mais on n'est pas certain d'avoir pénétré dans l'estomac, le tube se recourbant.

Une heure après le repas d'Ewald on obtient un liquide abondant, mal émulsionné, coloré en gris et filtrant peu rapidement. Ce liquide donne à l'analyse les chiffres suivants :

| | |
|---|---|
| A = 0.131 | T = 0.313 |
| H = 0.021 | F = 0.167 |
| C = 0.125 | $\alpha$ = 0.88 |
| H + C = 0.146 | T = 1.87 |

Syntonine, peu abondante. Peptones, moyennes. Acide lactique, néant.

Pas de réaction des acides gras.

Le liquide examiné au spectroscope laisse voir en solution acide et en solution alcaline les bandes caractéristiques de la méthémoglobine. En ajoutant un peu d'acide acétique et en évaporant à une douce chaleur, on voit au microscope de nombreux cristaux d'hémine.

On fait avaler au malade un cachet de bismuth et on pratique l'examen radioscopique : le cachet paraît se maintenir à un niveau que l'on trace sur la paroi thoracique et que l'on trouve à trois travers de doigt au-dessous de la fourchette sternale ; ce cachet n'est pas vu d'une façon bien nette, il paraît animé de légers mouvements d'oscillation verticale.

Le malade entre en chirurgie et, le 29 mars, M. Gosset pratique une laparotomie exploratrice ; comme le malade avale encore assez facilement les liquides, il n'intervient pas autrement.

Le malade quitte l'hôpital sept jours après cette intervention.

Il meurt chez lui le 15 juin 1906.

**Obs. XXII.** — Recueillie personnellement dans le service.

*Cancer du pylore à forme anémique. — Laparotomie exploratrice.*

Ha..., maréchal-ferrant, âgé de 48 ans, entre à l'hôpital, salle Rostan, n° 8, le 7 août 1905.

*Antécédents.* — Père mort à 63 ans, en 1871, prisonnier des Allemands pendant la guerre. Mère morte à 37 ans du choléra. A eu six frères et sœurs, dont l'un est mort à 30 ans des suites d'un accident. Les autres sont tous vivants et bien portants, plus âgés que le malade, et, dit celui-ci, pesant tous environ 100 kilogrammes. S'est marié à 38 ans : a eu un premier enfant âgé de 4 ans actuellement et bien portant ; un second mort vingt jours après sa naissance prématurée. La mère est morte, âgée de 30 ans, de suites de couches.

Jusqu'à sa maladie actuelle, H... déclare « n'avoir jamais connu un jour de maladie ».

Il est buveur de vin : pendant son travail, il boit environ 3 litres de vin par jour, pas d'alcool, rarement des apéritifs. Il a cessé complètement de boire du vin depuis six mois. Il chiquait beaucoup et fume un peu.

*Début.* — C'est il y a trois ans environ que le malade raconte avoir souffert de l'estomac pour la première fois, sans qu'il dut alors cesser son travail pour cette raison. Il ressentait de temps en temps une pesanteur au niveau de l'estomac avec des crampes légères principalement la nuit vers 5 heures du matin.

Cet état se prolongea et commença à s'aggraver il y a un an : des crises véritables survinrent principalement la nuit vers 2 heures et 4 heures du matin. Ces crises douloureuses étaient constituées par des crampes extrêmement violentes, avec une sensation aiguë de constriction de la région épigastrique, irradiant vers l'hypocondre gauche ; elles forçaient le malade à se courber et allaient parfois jusqu'à lui arracher des cris. C'est surtout à partir du mois de janvier 1905 que ces crises devinrent plus fréquentes, se reproduisant jusqu'à 4 et 5 fois dans les 24 heures. Le malade vit un médecin, mais, malgré de nombreux médicaments (morphine, belladone, cocaïne), il dut bientôt cesser son travail. A ce moment il perdait ses forces rapidement, il continuait à souffrir à un tel point qu'il ne pouvait plus rien manger, il maigrissait de jour en jour et *pâlissait* de plus en plus. C'est vers cette époque qu'il commença à voir ses chevilles enfler le soir après une journée de travail, cet œdème avait d'ailleurs complètement disparu le lendemain matin au réveil.

Le malade dut garder le lit et rester pendant 3 semaines au régime lacté avec 0 gr. 40 d'iodure de fer par jour, à la fin de janvier et au commencement de février. Il se produisit ensuite un mieux sensible, mais le malade resta très pâle, « pâle comme un mort », dit-il. Il reprit néanmoins son travail au commencement d'avril : au début, pendant une quinzaine, les douleurs avaient presque complètement disparu, puis elles reparurent de nouveau, moins violentes cependant qu'au mois de janvier.

Elles se reproduisirent d'une façon intermittente, faisant défaut parfois 3 à 4 jours, puis survenant sous forme de crampes légères, à des heures variables, plus volontiers la nuit. Cet état se prolongea jusqu'à la fin de juillet. Vers le 15 juillet l'appétit, qui jusqu'alors avait été régulier, se mit à faire défaut : le malade se mit à éprouver un certain dégoût pour la viande, qui devint rapidement absolu. Il se nourrissait alors de lait, de légumes et principalement d'œufs.

Le malade n'a jamais vomi, à peine eut-il quelques nausées passagères au mois de janvier. Il n'a jamais eu de constipation un peu prolongée, jamais de diarrhée. Pendant une huitaine de jours, il a remarqué, au mois de janvier également, que ses matières étaient devenues très noires, ressemblant à de la poix ou à du marc de café, pour redevenir normales ensuite.

*Examen.* — Le malade vint à la consultation le 31 juillet. En présence de sa pâleur excessive, on pratiqua l'analyse des urines qui ne contenaient ni albumine, ni sucre, et l'on fit une pesée de sang qui donna à l'examen les résultats suivants :

N = 1.891.000 (Méthode Hayem).
R = 1.108.153
G = 0.58
GB = 11.600

Pour 100 leucocytes, on trouve :

| | |
|---|---|
| Polynucélaires | 74 |
| Lymphocytes | 16 |
| Gros mononucléaires | 9 |
| Eosinophiles | 1 |

On lui conseilla d'entrer à l'hôpital, ce qu'il fit le 7 août 1905.

Le malade frappe tout d'abord par son extrême pâleur, avec teinte terreuse des téguments, et décoloration des muqueuses ; les lèvres sont à peine teintées en rose. Il n'y a pas de subictère des conjonctives. Il mesure 1 m. 68, est encore bien musclé. Il pèse 66 kil. 300 et dit avoir pesé plus de 80 kilogrammes il y a 7 ou 8 mois. Il raconte qu'il a perdu ses forces, il dit « qu'il est à bout de forces en ce moment ». Il se plaint de ressentir d'une façon continuelle une douleur sourde au

niveau du creux épigastrique avec des exacerbations fréquentes sous forme de crampes aiguës.

La langue est humide, comme décolorée, saburrale au centre. L'estomac paraît petit : il clapote à deux petits travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il y a une voussure légère au niveau de l'épigastre, avec de la résistance musculaire très prononcée à ce niveau : cependant la palpation est peu douloureuse Il n'y a pas d'ondulations péristaltiques. On trouve du tympanisme de l'espace de Traube. Les plus grands diamètres de l'estomac sont de 10 centimètres de hauteur sur 20 centimètres de diamètre transversal. La palpation profonde est très difficile parce que le malade se contracte continuellement, il ne semble pas exister de tumeur perceptible à la palpation. On ne trouve pas de ganglions axillaires, sous-claviculaires ou inguinaux. Le ventre est souple ; malgré l'amaigrissement du sujet, ses parois ont encore leur tonicité.

Le foie a sa limite supérieure à la 7e côte, sa limite inférieure à un travers de doigt au-dessus du rebord costal : la matité verticale mesure 9 centimètres.

La rate n'est pas perceptible à la percussion.

Rien aux poumons.

Rien au cœur. Du côté des gros vaisseaux du cou on trouve un souffle anémique qui ne se propage pas jusqu'au cœur. Du côté de la circulation périphérique, les phénomènes d'œdème des membres inférieurs, dont la circonférence augmente d'un centimètre environ le soir, disparaissent complètement le matin au réveil, et sont moins marqués depuis une quinzaine de jours.

Les urines sont pâles, assez abondantes. L'analyse faite à 3 reprises n'a décelé ni albumine, ni sucre.

Les réflexes sont normaux.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale.

Dès son arrivée à l'hôpital, le malade a comme régime journalier deux œufs et deux litres de lait.

*Chimisme.* — On examine le contenu stomacal du malade les 10 et 11 août.

10 *août* 1905. — Le malade a mangé la veille un peu de haricots et du pain.

Le lendemain matin à jeun, on retire une bouillie alimentaire en petite quantité seulement car le tube se bouche à chaque instant. On y remarque à l'œil nu des haricots presque entiers, des débris de pain et d'œufs ingérés la veille à midi ; au microscope, des bacilles longs et brisés, de nombreux grains d'amidon, des fibres musculaires et végétales.

11. — On a de nouveau fait faire un repas au malade le 10 août à 7 heures du soir (viande, potage au vermicelle, riz et raisin). Le lendemain matin à jeun on retire une bouillie alimentaire épaisse semblant peu abondante, mais, comme la veille, on ne peut tout retirer car le tube se bouche à chaque instant. On y remarque à l'œil nu du riz, du raisin, du pain ; au microscope des fibres, des grains d'amidon, des bacilles.

Dans les deux cas, le liquide dégage une odeur nauséeuse.

*Analyse du liquide extrait à jeun :*

| | |
|---|---|
| A = 0,133 | T = 0,364 |
| H = 0,000 | F = 0,352 |
| C = 0,012 | $\alpha$ = 11,08 |
| H + C = 0,012 | T/F = 1,03 |

Présence de syntonine, légères traces de peptones.

Fermentations lactique et butyrique prononcées.

Le malade passe en chirurgie, pavillon Michon, n° 14, le 13 août 1905.

*Examen des urines*, le 14 août.

Quantité des 24 heures : 1.350 centimètres cubes.

Densité : 1.006.

Urines légèrement alcalines contenant par litre :

Ni albumine, ni sucre, ni bile.

| | |
|---|---|
| Urée . . . . . . . . . . . . . . . . | 10 gr. 40. |
| Chlorures. . . . . . . . . . . . . . | 1 gr. 60. |
| Phosphates . . . . . . . . . . . . | 0 gr. 58. |

*Laparotomie* le 16 *août*. — M. Gosset pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'exploration de l'estomac, on constate sur la petite courbure une plaque manifestement néoplasique, empiétant sur la face antérieure sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. La face postérieure doit être également prise, car la tumeur a dans le sens antéro-postérieur l'épaisseur d'une orange ; au-dessus, elle se continue par une infiltration le long de la petite courbure s'étendant jusqu'au cardia. Du côté du pylore, il n'y a rien, mais au point où siège la tumeur il y aurait un rétrécissement de la cavité gastrique, ce serait un rétrécissement sus-pylorique. La partie envahie est cartonnée. La gastro-entérostomie est jugée impossible à cause de l'envahissement du cardia, à cause des adhérences postérieures allant jusqu'au pancréas, en raison aussi de l'état général du malade. L'estomac d'autre part ne s'abaisse pas, une anastomose serait trop rapprochée de la tumeur.

Fermeture de la paroi à la soie par plans séparés.

Le malade qui était très faible n'a pas quitté l'hôpital depuis son opération. Cependant il a pu se lever dès le 7e jour, mais sans avoir beaucoup de forces.

Au bout d'une quinzaine on a pu observer une amélioration manifeste de l'état général avec relèvement de l'appétit, et le malade a passé un mois et demi environ sans éprouver aucun trouble. Cependant le 2 octobre il a été pris subitement de grands vomissements alimentaires d'abord, puis contenant du sang et des débris de néoplasme. Très fatigué par ces accidents, il a dû garder le lit pendant une dizaine de jours. Puis il recommença à s'alimenter et put se lever de nouveau pendant quelques instants de la journée.

10 *décembre* 1905. — Le malade est toujours extrêmement pâle. Il est très faible et ne peut plus guère quitter son lit. Il souffre un peu par intermittences au niveau de l'épigastre. Il s'alimente assez régulièrement. Il est constipé d'ordinaire.

L'examen du sang a donné les résultats suivants :

N = 1.922.000
R = 941.930
G = 0.49
GB = 18.910

Nombreux globules déformés.

Poids : 61 kil. 700.

Pour 100 leucocytes :

| | |
|---|---|
| Polynucléaires | 83 |
| Lymphocytes | 8 |
| Mononucléaires | 8 |
| Eosinophiles | 1 |

Le malade a depuis 3 jours de grands vomissements alimentaires, survenant principalement l'après-midi et le soir. Mis au régime lacté depuis ce moment, il commence à tolérer mieux un œuf et des purées. Il a de l'insomnie et souffre d'une pesanteur continue, parfois très douloureuse, au niveau de l'estomac et de l'hypocondre gauche. Il est très pâle, ne présente pas de subictère. La langue est humide, grisâtre. Résistance des parois abdominales à la palpation. L'estomac ne paraît pas dilaté, on ne trouve pas de tumeur palpable. Le foie n'est pas augmenté de volume. Pas de ganglions dans les aisselles et les creux sus-claviculaires ; groupe ganglionnaire transversal au niveau de l'aine droite. Rien à signaler du côté des autres organes.

15 *janvier* 1906. — Etat stationnaire, on doit recourir à la morphine pour obtenir de bonnes nuits.

15 *février*. — Le malade est de plus en plus faible, extrêmement pâli, mais ne paraît pas s'émacier.

Il a été mis au kéfirique qu'il supporte parfaitement et paraît atténuer ses douleurs.

25 *mars*. — Etat stationnaire. Le malade est incapable de quitter

son lit. Les téguments sont absolument décolorés. On trouve à la palpation une tumeur au niveau de l'épigastre et à droite de la ligne médiane.

Les douleurs semblent atténuées. On continue les injections quotidiennes de morphine.

12 *avril.* — Le malade est dans le même état, il ne paraît pas maigrir. Il se plaint d'éprouver au moment de la déglutition une gêne rétro-sternale provoquée par les aliments solides. Les liquides et le kéfir sont bien tolérés.

8 *mai.* — *Examen du sang :*

B = 1.271.000
R = 707.142
G = 0.55
GB = 7.037

Nombreux globules déformés. Polynucléose.

15 *juin.* — Le malade est toujours dans un état stationnaire. Depuis une dizaine de jours on a observé un gonflement douloureux au niveau des articulations des poignets, des genoux, des pieds. Le malade continue à s'alimenter et souffre très peu de l'estomac. Il ne paraît pas en véritable période de cachexie, quoique extrêmement faible.

**Obs. XXIII.** — Communiquée par M. le Dr Lion.

*Sténose du pylore. — Jéjunostomie.*

La nommée M..., âgée de 43 ans, ménagère.

Entrée le 7 février 1905, salle Grisolle, lit n° 37.

*Antécédents.* — Père, mort d'une maladie de cœur à 69 ans. Mère, 60 ans vivante et bien portante, a une hernie.

A deux sœurs : l'une est morte à 34 ans (?), l'autre est vivante et bien portante.

Durant sa première enfance la malade ne se rappelle avoir eu que des angines.

Réglée à 15 ans, très régulièrement, assez abondamment, et l'est encore actuellement.

Erésipèle de la face à 18 ans.

A eu 5 enfants de 20 à 36 ans. Deux sont morts, une petite fille à 5 ans, un petit garçon à 8 mois de gastro-entérite. Les 3 autres sont bien portants ; le mari est également bien portant.

La malade a commencé à souffrir de l'estomac il y a 8 ans, vers 1896. Le début s'est établi progressivement, sans qu'il paraisse y avoir eu de circonstances déterminantes.

De temps en temps, la malade ressentait au niveau de la région épi-

gastrique une douleur brusque qu'elle compare à une colique ; cette douleur survenait soit le jour, soit la nuit ; sans que le régime alimentaire ait paru avoir quelque influence. Cette douleur durait à peu près une minute.

Jusque vers le mois de juillet 1903, la malade n'a présenté rien autre que de la constipation.

Il y a 18 mois, vers 10 heures du matin, sans aucun prodrome la malade fut prise d'une douleur en coup de poignard au niveau de la fosse iliaque droite. Immédiatement la malade a pris le lit, et un médecin fut appelé. Il n'y avait pas eu de vomissements, mais des nausées, de la fièvre : le médecin crut à de l'appendicite.

La douleur dura environ 3/4 d'heure et à partir de cette époque la malade a pendant 8 jours de la diarrhée avec coliques.

Consécutivement à cette diarrhée la malade fut de nouveau constipée et il existait des sables dans les matières. Elle resta à cette époque 5 semaines couchée, puis commença à reprendre ses occupations.

Néanmoins à partir du jour où elle eut sa crise, il y a 18 mois par conséquent, les phénomènes stomacaux prirent une autre allure, et allèrent s'aggravant. Vers 10 heures du matin, 2 heures de l'après-midi, et vers 11 heures du soir, environ deux heures après les repas sans qu'il n'y ait rien de précis, des crises douloureuses survinrent.

Ces douleurs étaient encore comparables à une colique, mais elles duraient plus longtemps, leur durée paraît avoir augmenté avec les progrès de l'affection.

Au moment où la malade avait ces crises, des gaz lui montaient à la bouche et lui procuraient un certain soulagement.

Ils n'avaient pas mauvais goût et n'occasionnaient pas de brûlures. Mais lorsque les douleurs étaient plus intenses, les gaz étaient remplacés par quelques gorgées d'un liquide clair et filant, et sans occasionner aucun pyrosis.

Au mois de juillet dernier, il y a 7 mois, à la suite des repas la malade avait du ballonnement du ventre très accentué et beaucoup de gaz, qui remontaient à la bouche.

Au mois d'août, la malade est envoyée à Vichy, elle y reste 3 semaines et ne ressent aucune amélioration, au contraire elle souffre de brûlure et de sensation de poids continue au niveau de la région épigastrique et après le moindre repas, il existe du ballonnement du ventre.

Le liquide des vomissements avait une tendance à être jaunâtre, mais toujours sans occasionner de pyrosis. A son retour de Vichy les symptômes se modifient.

La malade ne ressent plus de douleurs qu'à la suite de l'ingestion

des aliments. Ces douleurs qui duraient plusieurs heures, la malade les compare à une sensation continue d'élancement. Des douleurs apparaissaient au niveau de la région lombaire et sous l'omoplate, d'abord la droite, puis la gauche.

Le ballonnement du ventre apparaissait également à la suite des repas, durait également plusieurs heures avec renvois ayant mauvais goût parfois.

De temps en temps la malade vomissait, quelquefois elle vomissait aussitôt après avoir mangé, d'autres fois elle restait deux ou trois jours ou même plus sans vomir.

Ces vomissements étaient parfois aqueux, parfois aussi alimentaires, ce qui n'était pas encore apparu auparavant.

Ils occasionnaient du pyrosis et avaient mauvais goût. La malade n'a jamais remarqué, si parmi les matières vomies, il existait des débris d'aliments ingérés. Jamais elle n'a vomi de sang rouge, jamais elle n'a eu de vomissements de liquide noirâtre.

L'appétit était diminué, mais la malade n'avait pas de dégoût pour les viandes, pour les graisses ou pour d'autres aliments.

La constipation était opiniâtre et même actuellement la malade ne peut aller qu'avec des lavements. La malade n'a pas remarqué si du sang était mélangé aux matières ; elle croit même qu'elles étaient décolorées.

La malade a maigri de 23 kilogrammes dans les 18 derniers mois.

8 *février* 1905 : *examen*. — Malade très amaigrie, surtout au niveau des cuisses et de l'abdomen. La peau a conservé toute son élasticité. Le teint est légèrement brunâtre, mais il n'est pas jaune à proprement parler. Les pommettes sont un peu rosées.

*Appareil digestif*. — Langue légèrement chargée.

*Abdomen*. — A *l'inspection*, l'abdomen paraît creusé en bateau, mais la peau néanmoins a conservé son élasticité. Entre les fausses côtes dans l'angle xiphoïdien existe une légère saillie assez irrégulière, mais peu apparente dont la malade s'était aperçue dès le mois d'août, surtout au moment où elle avait un ballonnement du ventre.

A la *palpation* cette saillie se présente sous la forme d'une tumeur dure, irrégulièrement ovale, ayant dans ses plus grandes dimensions 6 × 10 centimètres. Si à droite on la délimite nettement, à gauche la tumeur paraît s'enfoncer et se continuer sous les fausses côtes.

Le bord supérieur de cette tumeur se trouve à 9 cent. 1/2 de l'angle xiphoïdien et n'est guère mobile avec les mouvements respiratoires.

Le *foie* ne déborde pas les fausses côtes.

La *rate* n'est pas perceptible.

*Appareil circulatoire*. — Pouls : 76, petit, faible, régulier.

Rien au cœur.

Rien dans les vaisseaux du cou.

Rien à signaler du côté des poumons.

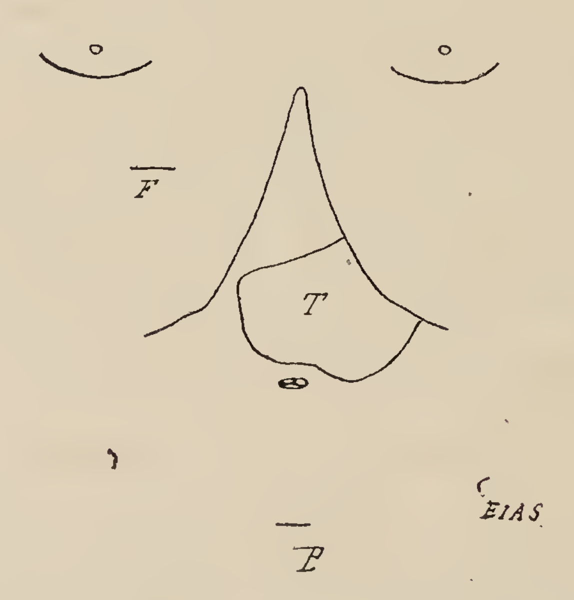
*Système nerveux.* — Rien de particulier à noter, sauf un peu d'exagération des réflexes rotuliens.

Les urines sont peu abondantes : 3/4 de litre. Elles paraissent troubles.

Pas d'albumine. Pas de sucre,

*Chimisme, 10 février* 1903. — La malade a mangé la veille de la purée de pois, un peu de viande et a bu du lait.

Le lendemain matin à jeun on retire un liquide très abondant : 351 centimètres cubes. Comme le sang fait son apparition on est obligé de s'arrêter.




Le liquide se présente sous la forme d'une bouillie alimentaire dans laquelle on remarque à l'œil nu des débris de purée de pois, du lait.

Au microscope, on reconnaît la présence de grains d'amidon,de fibres musculaires et végétales.

| | | |
|---|---|---|
| A jeun : | A = 0.386 | T = 0.423 |
| | H = 0.000 | F = 0.372 |
| | C = 0.051 | $\alpha$ = 7.56 |
| | H + C = 0.051 | T/F = 1.13 |

Peptones, faibles. Syntonine, présence.

Fermentation lactique.

On n'a pas fait l'examen chimique après le repas d'épreuve, car le diagnostic paraissait suffisamment net.

La malade passe en chirurgie le 17 février, salle Lisfranc.

*Opération* par MM. Terrier et Gosset. — Durée : 36 minutes. Chloroforme : 109 centimètres cubes (appareil Vernon-Harcourt).

Incision médiane sus-ombilicale.

Néoplasme gastrique envahissant la petite courbure et faces antérieure et postérieure, ne laissant qu'un tout petit espace vers le cardia. Impossibilité d'une gastro-entérostomie. Aussi jéjunostomie, fixation de l'anse du péritoine ensuite à l'aponévrose, ouverture et fixation de la muqueuse à la peau. La malade a quitté l'hôpital sur sa demande et n'a pas été retrouvée.

**Obs. XXIV.** — Communiquée par M. le Dr Lion.

*Cancer du cardia. — Gastrostomie.*

La nommée veuve B..., âgée de 58 ans, entre salle Grisolle, lit n° 25, le 15 juin 1904.

*Antécédents.* — Mère morte à 27 ans à la suite d'une affection utérine. Son père est mort à 85 ans, ce dernier ainsi que les grands-parents de la malade présentaient des troubles dyspeptiques.

A eu un frère mort à 27 ans de tuberculose pulmonaire et deux autres mort-nés. Troubles gastro-intestinaux dans l'enfance.

Réglée à 11 ans 1/2, toujours irrégulièrement, jusqu'à la ménopause qui se produisit à 53 ans. Mariée, le mari est mort à 53 ans de cancer de l'estomac. Elle a eu 7 grossesses ; à la suite de la première, accouchement prématuré, elle fut traitée pendant 5 mois à Sainte-Anne pour des troubles psychiques. Deux fausses couches. Les autres enfants assez bien portants. Il y a dix-huit ans elle eut de l'ictère avec fièvre modérée pendant deux mois. Il y a dix ans elle buvait une absinthe par jour, depuis un moment elle ne boit plus ni vin, ni alcool. Pas d'antécédents spécifiques.

*Maladie actuelle.* — Il y a trois ans la malade a commencé à éprouver des troubles dyspeptiques, consistant en crampes d'estomac, brûlures survenant à toute heure du jour ou de la nuit, et vomissements qui se produisaient de préférence la journée après les repas, noirâtres au début, puis clairs, filants, ressemblant à de gros crachats ?

Au mois de septembre dernier, elle a été soignée à Tenon, mise au régime lacté, et très améliorée, elle sortit se croyant guérie.

Au mois de novembre, elle recommence à ressentir des brûlures d'estomac et commence à vomir des aliments, tout de suite après leur ingestion, il s'agissait plutôt de régurgitation en dehors desquelles se produisirent des vomissements véritables, glaireux, abondants. Elle maigrit beaucoup ; elle pesait 105 livres en novembre et en février ne pèse plus que 70 livres. Au mois de février elle fait un séjour d'un mois à l'hôpital Laënnec où elle eut des vomissements alimentaires quotidiens, qui alternaient avec des vomissements glaireux.

*Etat actuel.* — Actuellement, la malade ne souffre plus et les vomissements se sont faits moins fréquents, mais toujours alimentaires. les aliments sont rejetés tels quels aussitôt avalés.

L'appétit n'est pas beaucoup diminué.

La malade est très pâle et très amaigrie. Le ventre est très ballonné et présente de la circulation collatérale. La palpation ne permet de reconnaître aucune tumeur. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. L'estomac remonte jusqu'au bord inférieur de la 5e côte.

Pas d'ascite. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal.

Quelques ganglions inguinaux.

On pratique le cathétérisme de l'œsophage, et le cathéter se trouve arrêté à 34 centimètres des arcades dentaires.

A l'auscultation de l'œsophage on observe que la déglutition se fait en un seul temps. Rien de particulier du côté des autres appareils. Ni albumine, ni sucre dans les urines qui sont peu abondantes. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale.

*Chimisme gastrique* : 22 *juin.* — La veille, à 7 heures du soir, la malade a essayé de manger de la viande et du pain qu'elle a vomis immédiatement. Cependant le matin à jeun on s'aperçoit qu'il reste une petite quantité de viande dans l'estomac ; il est difficile de la retirer totalement car le tube introduit de 45 centimètres et avec peine se bouche de suite. Après deux tentatives infructueuses, on remarque un filet de sang au bout du tube et l'on interrompt l'opération. Le peu de viande que l'on peut retirer paraît tel que la malade l'a avalé.

On fait prendre un repas d'épreuve que la malade vomit presque en totalité aussitôt après l'avoir absorbé. Le liquide que l'on retire au bout de 60 minutes est peu abondant : 18 centimètres cubes, il donne à l'analyse :

| | |
|---|---|
| A = 0.048 | T = 0.109 |
| H = 0.000 | F = 0.097 |
| C = 0.012 | $\alpha$ = 4 |
| H + C = 0.012 | T/F = 1.12 |

Présence de syntonine. Réaction lactique, forte.

La malade est mise au régime lacté et l'on fait prudemment quelques lavages d'estomac.

Elle passe en chirurgie le 28 juin.

M. Gosset pratique une gastrostomie le 4 juillet et la malade meurt le 2 septembre.

## CHAPITRE V

### CONCLUSIONS

On peut aborder maintenant, après l'analyse des observations précédentes, un certain nombre de considérations générales sur le diagnostic, les indications opératoires et le pronostic après intervention chirurgicale.

Il est fréquent de voir évoluer l'affection de la façon suivante : une personne d'âge moyen ou avancé, dont les digestions étaient bonnes auparavant, commence à ressentir une douleur dans la région de l'estomac, se plaint de digestions pénibles et de perte de l'appétit. En dépit du traitement médical, les troubles dyspeptiques persistent et s'aggravent, l'amaigrissement fait des progrès ; parfois apparaît une anémie symptomatique ; parfois surviennent dès le début des phénomènes caractéristiques d'une obstruction plus ou moins marquée des orifices, troubles de la déglutition ou stase alimentaire. C'est à cette période de début que le médecin doit être tenu en éveil : l'examen par la sonde, le tubage à jeun pratiqué d'une façon répétée s'il est nécessaire, permettra de dépister rapidement la sténose ; d'autre part, l'analyse chimique du suc gastrique donnera des renseignements importants sur la nature de la lésion. Si cependant lors d'un premier examen, le type chimique ne présente rien qui puisse faire pencher en fa-

veur du cancer, les modifications parfois rapides de ce type dans le sens de l'hypopepsie constituent un appoint sérieux pour le diagnostic, les observations 6 et 9 en sont l'exemple. Il y a donc lieu d'insister sur la surveillance étroite que l'on doit observer dans ces cas douteux : mais prolongée à l'excès, la période d'attente pourrait faire perdre au malade le bénéfice de l'opération radicale.

Lorsque le malade se présente à l'examen médical à une époque plus avancée de sa maladie, souvent le diagnostic se confirme de lui-même par les modifications profondes de l'état général, la constatation d'une sténose serrée, la présence d'une tumeur palpable : à cette période, il est pour ainsi dire de règle de voir le chimisme revêtir le type de l'hypopepsie, et la rétention de débris alimentaires dans ce milieu hypopeptique détermine des fermentations anormales dont le taux particulièrement élevé doit être considéré avec M. Hayem comme véritablement spécifique du cancer.

Dans la grande majorité des cas, ce sont en effet des signes de sténose pylorique qui justifient l'intervention chirurgicale : le diagnostic de la sténose est fait d'une manière absolue par l'exploration de l'estomac au moyen de la sonde qui permet de reconnaître à l'œil nu des débris alimentaires dans le liquide extrait à jeun. Quant au diagnostic de la nature de cette sténose, il est fait par l'analyse chimique du suc gastrique extrait après repas d'épreuve.

Après avoir été conduit au diagnostic de sténose cancéreuse, à quoi reconnaît-on si l'on doit envoyer le malade en chirurgie ou si l'on doit laisser évoluer le cancer sans intervention ?

Quand la maladie paraît récente, quand l'on ne trouve pas de tumeur et qu'il n'y a pas d'envahissement du péritoine ni des organes voisins, il n'y a pas de discussion possible. S'il y a une tumeur, on peut tirer les indications opératoires du volume de cette tumeur, de son siège, de son degré de mobilité, étant donné bien entendu qu'à côté de cette tumeur, on ne trouve pas d'envahissement du péritoine ou des organes voisins.

Presque toujours, le malade est justiciable du traitement chirurgical, parce qu'il faut parer à la stase et que la gastro-entérostomie est pour ainsi dire toujours possible (impossible dans un seul cas, obs. 20).

Au point de vue de la gastrectomie, le volume appréciable de la tumeur a une certaine valeur, bien que l'exploration ne donne à ce point de vue que des renseignements d'une exactitude relative. La mobilité de la tumeur a-t-elle plus d'importance ?

On peut se rendre compte par l'étude des cas recueillis dans cette thèse que cette mobilité clinique n'est pas une preuve de la non-adhérence de la tumeur aux organes voisins. Au contraire, lorsqu'il est donné de rencontrer dans la sténose du pylore une tumeur située plus ou moins loin du siège normal du pylore, et lorsque cette tumeur peut être déplacée vers la droite, on peut presque à coup sûr affirmer qu'elle contracte des adhérences avec le côlon.

En vérité, la possibilité d'une opération radicale ne se reconnaît que sur la table d'opération.

C'est ainsi que les malades qui ont été proposés à l'intervention chirurgicale se rangent en trois catégories :

Ceux à qui le chirurgien n'a pu faire aucune interven-

tion utile et s'est borné à une laparotomie exploratrice ;

Ceux chez lesquels la gastro-entérostomie seule était possible ; on peut voir cependant que dans un cas l'envahissement était tel que l'on a dû pratiquer une jéjunostomie.

Ceux enfin chez lesquels le chirurgien a pratiqué une opération radicale.

Les cas de laparotomie exploratrice ne paraissent présenter aucun danger au point de vue du pronostic opératoire ; et, chose curieuse, certains malades semblent manifestement en avoir bénéficié. Y a-t-il là en dehors de l'effet de suggestion produit sur le malade, une influence réelle, peut-être produite par l'influence de l'air extérieur sur les parties malades, tout comme cela se produit pour la péritonite tuberculeuse ou certaines affections hépatiques.

A la suite de la gastro-entérostomie, la guérison opératoire est la règle. Le bénéfice de l'opération est immédiatement révélé par la disparition des troubles dus à la stase l'atténuation ou la suppression des douleurs, le retour de l'appétit, la possibilité pour le malade de s'alimenter et même de se suralimenter, la reprise des forces et l'augmentation du poids. Quelques malades ont ainsi pu reprendre leur travail d'une façon inespérée. 6 de nos malades sur 12 étant encore en vie, il est difficile de se faire une idée exacte de la survie qui paraît assez considérable, Dans un cas même elle est telle (plus de 3 ans) qu'un doute naît sur la nature exacte de la maladie bien que le diagnostic ait paru établi d'une façon certaine par le chimisme et l'exploration chirurgicale. Dans le cas de gas-

tro-entérostomie, non seulement le malade est en général soulagé pendant les quelques mois qu'il a encore à vivre, mais la mort elle-même a paru se produire d'une façon plus douce.

La gastrectomie apparaît, d'après nos faits comme une opération grave, et il ne peut en être autrement car il faut s'attendre quand on l'entreprend, à rencontrer, comme il est signalé dans nos observations, des adhérences multiples et serrées, et à réséquer des parties extrêmement considérables de l'estomac. Dans ces conditions, on a pu observer sur 3 cas de pylorectomie 3 décès immédiats, et 3 cas de guérison chirurgicale avec 1 seul cas de survie prolongée. En effet, dans les cas mêmes où les résultats immédiats sont satisfaisants, on voit le plus souvent la récidive se faire à brève échéance, et cela dans un cas particulier où la lésion était remarquablement peu étendue et paraissait tout à fait à son début. Un seul cas de survie prolongée se rapporte à un cancer très volumineux et extrêmement adhérent aux organes du voisinage.

Est-il possible de reconnaître à l'examen histologique des pièces pourquoi ces cancers récidivent ? Il semble que le cancer diffus soit celui qui entraîne les plus grands dangers : accompagné d'une réaction insignifiante du tissu interstitiel, il envahit toutes les couches de la paroi stomacale et se propage rapidement jusqu'à la surface du péritoine, et même jusqu'aux adhérences qui l'unissent aux organes voisins. Le danger réside donc dans la propagation des éléments néoplasiques dans la couche sous-séreuse du péritoine et c'est là que l'on trouve la raison d'une récidive à plus ou moins brève échéance, sans que

l'on puisse incriminer l'insuffisance de l'extirpation chirurgicale. Les observations 2 et 3, et particulièrement cette dernière, fournissent la preuve de ces faits.

Le cas rapporté dans l'observation 1, avec sa longue survie, peut, au point de vue histologique, s'opposer à ces deux autres : les alvéoles sont nettement circonscrites, et si l'on rencontre quelques cellules cancéreuses au voisinage du péritoine, celui-ci paraît partout garanti contre l'invasion néoplasique.

Aussi ce dernier cas, actuellement sans récidive 38 mois après l'opération, peut-il tenir une bonne place parmi les cas de survie prolongée qui sont encore assez rares dans la littérature médicale.

## CONCLUSIONS

I. — L'examen clinique, les différents procédés d'exploration de l'estomac, en particulier l'examen chimique de la sécrétion, conduisent au diagnostic ferme ou probable de cancer.

Le plus souvent ce sont des signes de sténose pylorique qui justifient l'intervention.

II. — C'est à la laparotomie exploratrice, c'est à l'exploration de l'estomac par le chirurgien, *temps capital* de l'opération, qu'il faut recourir pour déterminer quel sera le traitement opératoire, traitement palliatif ou cure radicale, gastro-entérostomie ou gastrectomie.

Ainsi sur 8 cas où la tumeur palpable avait paru mobile, on a pu dans 3 cas seulement tenter l'extirpation, et, dans 1 seul cas, la guérison s'est maintenue sans récidive pendant plus de 3 années.

III. — Traitement purement symptomatique de la sténose cancéreuse, la gastro-entérostomie fournit un pronostic immédiat des plus favorables, avec 11 succès sur 12 cas d'après nos observations ; elle donne des résultats remarquables, et fréquemment, grâce au rétablissement de la nutrition compromise, l'on peut observer que le malade retrouve les apparences d'une santé parfaite, pendant une période qui peut dépasser une année, dans des cas même où le chirurgien a constaté au cours de l'opération un début de généralisation du cancer.

IV. — L'ablation de la tumeur est appelée à donner des résultats de survie réellement prolongée, et la gastrectomie, en dépit de la gravité opératoire, reste l'opération de choix.

Au point de vue de la récidive si fréquente, il faut tenir compte de la variété histologique de la tumeur dont certaines formes diffuses infiltrent rapidement toutes les couches de la paroi, atteignent le péritoine et même les adhérences qui l'unissent aux organes voisins. C'est de préférence parmi les formes nettement circonscrites qu'il faut attendre de l'opération radicale une survie prolongée que l'on peut considérer comme une guérison véritable.

---

Vu :
Le Président de la Thèse,
TERRIER.

Vu :
Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*
L. LIARD.

# TABLE DES MATIÈRES



Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).